
La douleur en mouvement

Pierre Beaulieu (dir.)

DOI : 10.4000/books.pum.7145
Éditeur : Presses de l'Université de Montréal
Année d'édition : 2013
Date de mise en ligne : 23 janvier 2018
Collection : Thématique Art et littérature
EAN électronique : 9791036500930



<http://books.openedition.org>

Édition imprimée

EAN (Édition imprimée) : 9782760632752
Nombre de pages : 164

Référence électronique

BEAULIEU, Pierre (dir.). *La douleur en mouvement*. Nouvelle édition [en ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2013 (généré le 21 septembre 2021). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pum/7145>>. ISBN : 9791036500930. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pum.7145>.

© Presses de l'Université de Montréal, 2013
Conditions d'utilisation :
<http://www.openedition.org/6540>

SOUS LA DIRECTION DE **PIERRE BEAULIEU**



LIBRE ACCÈS
PDF et ePub
gratuits en ligne

LA DOULEUR EN MOUVEMENT

Les Presses de l'Université de Montréal

LA DOULEUR EN MOUVEMENT

Sous la direction de
PIERRE BEAULIEU

La douleur en mouvement

Actes du troisième Colloque francophone sur la douleur
11 octobre 2013
Montréal (Québec)

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Colloque francophone sur la douleur (3^e: 2013: Montréal, Québec)

La douleur en mouvement

Textes présentés lors du troisième Colloque francophone sur la douleur, tenu à Montréal, Québec, le 11 octobre 2013.

ISBN 978-2-7606-3274-5

1. Douleur chronique - Congrès. 2. Douleur chronique - Traitement - Congrès. 3. Douleur chronique - Thérapeutique par l'exercice - Congrès. I. Beaulieu, Pierre, 1958- . II. Titre.

RB127.C64 2013

616'.0472

C2013-941003-7

Dépôt légal: 4^e trimestre 2013

Bibliothèque nationale du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2013

ISBN (pdf): 978-2-7606-3275-2

ISBN (epub): 978-2-7606-3276-9

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des Arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA

Introduction

PIERRE BEAULIEU

Tour à tour symptôme, syndrome, maladie, la douleur chronique reste un phénomène encore mal élucidé et trop souvent encore difficilement contrôlé. À ce titre, on se référera non pas à une mais plutôt à *des* douleurs, non pas à une mais bien à *des* stratégies de prise en charge.

Entamée à l'occasion d'un premier colloque en 2007, puis d'un deuxième en 2010, la réflexion se poursuit, s'approfondit et se complète avec la rencontre d'aujourd'hui. Le paradigme adopté reste le même, centré sur le patient et reconnaissant de son savoir, intégratif des contributions scientifiques des nombreuses disciplines concernées (sciences naturelles et sciences humaines).

Dans l'actuel domaine scientifique de la douleur, relativement peu de place est faite à des disciplines comme la physiothérapie, l'ergothérapie, ou la kinésiologie. Il s'agit ainsi de repenser la prise en charge de la douleur par une posture clinique où s'invite formellement la pratique d'une activité physique régulière et encadrée. Sous ce jour, les acteurs de champs disciplinaires différents et les patients sont invités à faire le point sur la compréhension du phénomène de la

douleur chronique, à traiter d'aspects rarement abordés dans ce domaine, à questionner nos approches cliniques et à jeter les bases de nouvelles avenues de recherche.

LES THÈMES DU COLLOQUE

Pour répondre à l'objectif global de cette rencontre, celui de l'éclairage de l'activité physique et de ses effets sur la douleur chronique et dans sa prise en charge, quatre thématiques seront abordées :

Activité physique et douleur

En premier lieu, il sera question de présenter les bases physiologiques de l'activité physique comme support à l'ensemble du colloque et de là, démontrer les bienfaits de l'activité physique sur la prise en charge de la douleur. Des résultats d'études expérimentales (animales) et humaines viendront compléter et illustrer ces données. Cette première partie se terminera par une revue de l'importance de l'activité physique en réadaptation fonctionnelle chez des patients atteints de maladies ou handicaps chroniques incapacitants.

Prise en charge physique du patient qui souffre de douleur chronique

Cette session portera sur la prise en charge par l'activité physique de patients qui souffrent de lombalgies chroniques et de fibromyalgie. Les lombalgies chroniques sont extrêmement fréquentes dans notre société et représentent, de loin, le principal motif de consultations en douleur chronique. La fibromyalgie, bien que d'occurrence plus modeste, revêt pour sa part des spécificités qui méritent une attention toute particulière. L'importance de l'activité physique dans ce contexte sera présentée en insistant sur le rôle primordial des physiothérapeutes et des ergothérapeutes pour accompagner de tels patients.

*Image du corps chez le patient
qui souffre de douleur chronique*

La représentation psychique et mentale du corps chez le patient qui souffre de douleur chronique est vraisemblablement une source de conflits qui doivent être identifiés et résolus afin de permettre une prise en charge optimale de la douleur. Ainsi, dans cette session, les aspects psychosomatiques et psychanalytiques du corps et de la douleur seront abordés par des spécialistes de cette problématique. Enfin, de considération plus large et pour une mise en contexte de la thématique, les aspects sociologiques de l'image du corps au sein de notre société seront considérés.

Les patients en mouvement : témoignages

Cette session sera consacrée aux témoignages de patients. Dans un premier temps, le rôle destructeur de la douleur chronique sera illustré dans toutes les dimensions de la vie de la personne (physique, psychologique, familiale, sociale, etc.). Dans un deuxième temps, seront envisagés, à travers trois situations concrètes, différents cheminements et initiatives personnelles de prise en charge de la douleur grâce à l'activité physique et le sport : l'influence des gestes quotidiens sur le corps ; le déroulement d'une grossesse avec la pratique de l'activité physique régulière en lieu et place du médicament ; la préparation physique et mentale préalable à une intervention chirurgicale. Un propos sur l'implication des patients dans le traitement de leur maladie et leur responsabilisation clôturera la session.

Résultats d'études, opinions d'experts, témoignages de patients : de plus en plus de données convergent en faveur de la reconnaissance des effets bénéfiques de l'activité physique et du sport non seulement pour le traitement de la douleur, mais aussi dans les nombreux autres aspects de la vie du sujet, l'un influençant l'autre. Dès lors, il s'agit de faire de la pratique

régulière et encadrée de l'activité physique une prescription formelle, qui devra s'intégrer dans la réalité de la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. Une meilleure information des patients et une formation spécifique des professionnels de la santé sont alors prônées... et la dimension politique de telles mesures (accessibilité, santé publique, diversification des services) ouvre un nouveau pan de la problématique qui pourrait bien faire l'objet d'un prochain colloque!

REMERCIEMENTS

Michelle Pimont, pour relecture et inspiration.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DOULEUR

Bases physiologiques de l'activité physique

DANIK LAFOND

L'hypothèse du syndrome du déconditionnement physique comme un facteur majeur prédisposant à la douleur chronique est la prémisse principale des programmes d'exercices physiques et des initiatives de recommandations de pratique d'activités physiques. Le déconditionnement physique est à la fois considéré comme la cause de l'émergence de la douleur chronique et la conséquence à long terme de la présence de la douleur chronique (Holth *et al.*, 2008; Verbunt *et al.*, 2010).

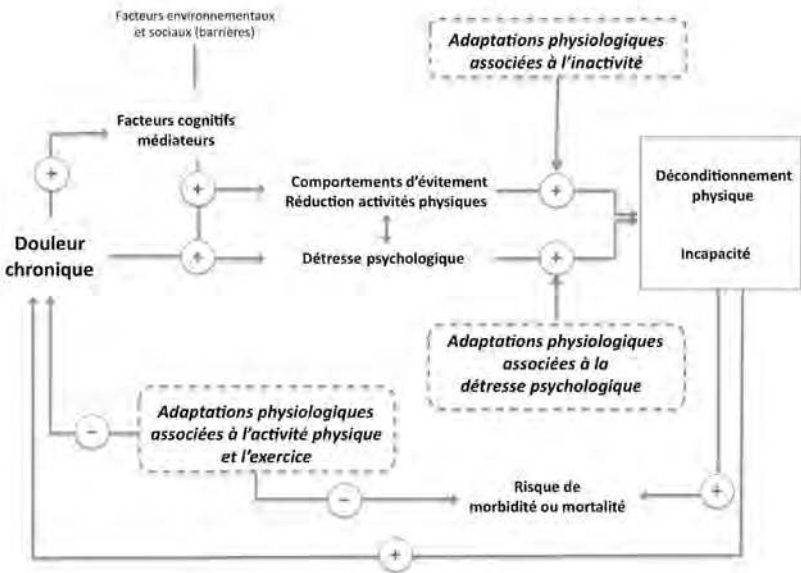
En physiologie de l'exercice, le déconditionnement physique se définit souvent comme étant une réduction progressive de la capacité aérobie (VO_2max) ou de la consommation maximale d'oxygène (Wittink *et al.*, 2000; Duque *et al.*, 2011). D'autres paramètres sont également utilisés pour caractériser l'état de déconditionnement physique tels l'adiposité, l'endurance et la fatigabilité musculaire locale (ex.: lombaire) ou globale, et la force musculaire (Smeets *et al.*, 2006). Cependant, cette définition est nettement limitative dans le cadre du phénomène de la douleur chronique, qui implique des interactions complexes entre les aspects physiologiques,

psychologiques et socioenvironnementaux. Il est fondamental pour le clinicien (et le patient) de comprendre ces interrelations, particulièrement lorsque l'on aborde l'activité ou l'exercice physique comme modalité de prévention ou de traitement de la douleur chronique.

La pratique régulière d'activités physiques est un comportement. Par conséquent, la prescription d'activités physiques, comme modalité de traitement ou de gestion de la douleur chronique, doit être planifiée et administrée en considérant les facteurs physiologiques (réponses aiguës, adaptations chroniques, dose-réponse) et les déterminants psychosociaux, de façon à optimiser l'adhérence à long terme au traitement, c.-à-d. un comportement actif.

Cette présentation a donc pour objectif d'identifier les facteurs physiologiques importants et leurs interrelations avec les facteurs psychologiques dans la douleur chronique dans la perspective du syndrome du déconditionnement physique. Une révision des réponses normales aiguës et des adaptations chroniques à l'exercice sera également commentée (Rivera-Brown et Frontera, 2012) dans le contexte de la pratique clinique en kinésiologie. Dans une perspective de santé globale, où s'inscrit également l'adoption de saines habitudes de vie, notamment la participation régulière aux activités physiques, des études nous indiquent que la douleur chronique tend à augmenter le risque de morbidité et de mortalité (McBerth *et al.*, 2010), et qu'elle est un prédicteur de conditions médicales importantes (ex. : maladies cardiaques) à moyen terme (Lindgren, 2010). Par conséquent, la prescription d'activités physiques peut être motivée par la recherche d'effets physiologiques sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (effets hypotenseurs, effets hypolipidémiants, etc.).

Les facteurs physiologiques liés à l'exercice dans le contexte de la douleur chronique seront présentés à partir du modèle théorique suivant :



Adapté de McBeth *et al.*, 2010; Valen et Linton, 2012

1. Duque I, Parra JH, Duvallet A. Maximal aerobic power in patients with chronic low back pain: a comparison with healthy subjects. *Eur Spine J* 2011; 20(1): 87-93.
2. McBeth J, Nicholl BI, Cordingley L, Davies KA, Macfarlane GJ. Chronic widespread pain predicts physical inactivity: results from the prospective EPIFUND study. *Eur J Pain* 2010; 14(9): 972-979.
3. Rivera-Brown AM, Frontera WR. Principles of exercise physiology: responses to acute exercise and long-term adaptations to training. *PM R* 2012; 4(11): 797-804.
4. Smeets RJ, Wade D, Hidding A, Van Leeuwen PJ, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. The association of physical deconditioning and chronic low back pain: a hypothesis-oriented systematic review. *Disabil Rehabil* 2006; 28(11): 673-693.
5. Verbunt JA, Smeets RJ, Wittink HM. Cause or effect? Deconditioning and chronic low back pain. *Pain* 2010; 149(3): 428-430.
6. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012; 153(6): 1144-1147.
7. Wittink H, Hoskins Michel T, Wagner A, Sukiennik A, Rogers W. Deconditioning in patients with chronic low back pain: fact or fiction? *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(17): 2221-2228.

Bienfaits de l'activité physique : études expérimentales

ERIC TRONCY

Les vertus de l'activité physique sont vantées dans tous les médias et par les organismes de santé, que ce soit pour le développement corporel, la santé mentale ou l'apprentissage à l'école, alors que l'absence d'activité physique est un facteur de risque reconnu dans l'apparition de maladies chroniques comme les troubles cardiovasculaires, le diabète, le cancer, l'ostéoporose, l'arthrose ou encore la dépression. Mais dans les conditions douloureuses chroniques, quel doit être le rôle de l'activité physique ? Plus précisément, l'objectif de cette présentation est de souligner les données factuelles scientifiques des bienfaits (s'ils existent) de l'activité physique obtenues sur des modèles expérimentaux et naturels d'animaux atteints de conditions chroniques.

Le premier défi sur les modèles animaux est la caractérisation de l'atteinte douloureuse. Les modèles rongeurs ont été largement utilisés pour reproduire les atteintes neuropathiques. Les lésions nerveuses périphériques se traduisent par des pertes de fonctions motrices, sensitives et autonomiques du membre dénervé, mais aussi par des symptômes d'hyper-réflexie,

d'hyperalgésie et de douleur. Les stratégies pour améliorer la récupération fonctionnelle après des lésions nerveuses visent à optimiser la régénération axonale et la réinnervation tout en cherchant à moduler la plasticité anormale des circuits neuro-naux centraux. Des stratégies axées sur l'activité comme l'électrostimulation ou l'exercice ont témoigné d'effets positifs sur la récupération fonctionnelle neuromusculaire et la modulation des changements centraux plastiques après des lésions expérimentales nerveuses sur des rats. Il a été rapidement signalé que le type de traitement (nage, roue, tapis roulant, bicycle), l'intensité et la durée du protocole, ainsi que la période pendant laquelle il est appliqué étaient des déterminants d'effets bénéfiques ou délétères. La libération de neurotrophines, comme BDNF, NGF et GDNF, est impliquée dans ces actions¹. Un exercice de courte durée après l'induction de la lésion sciatique chez la souris a permis de réduire l'allodynie et de normaliser la démarche, avec un effet rémanent de 2 mois même si l'exercice avait pris fin après seulement 7 jours. De la même manière, un exercice aérobique régulier de 5 semaines a renversé chez le rat les signes de douleur neuropathique et augmenté le contenu opioïde du tronc cérébral, alors que les effets de l'exercice furent inhibés par l'administration d'un antagoniste opioïde². Pareillement, il fut démontré que l'effet antinociceptif d'un exercice aigu chez le rat se manifeste pendant 15 min, qu'il est lié à une libération d'opioïdes endogènes et que l'exercice chronique ne génère d'augmentation du seuil de retrait nociceptif que jusqu'à 45 j, pas au delà. Le même groupe a rapporté un rôle de la voie nitrergique (monoxyde d'azote), et des récepteurs alpha-2 adrénergiques³, dans l'action antinociceptive d'un exercice aigu chez le rat. Or, les *récepteurs adrénergiques* sont reconnus pour leur synergisme d'action avec les *récepteurs opioïdes*, leur signal de transduction commun comprend une activation du système *nitrergique*, et on corrèle l'activation sympathique (adrénergique) à l'analgésie

induite par le stress⁴. Même si les données ont paru contradictoires au début, les preuves scientifiques sur les modèles rongeurs rapportent depuis 25 ans que l'exercice augmente l'espérance de vie des rats (en comparaison aux sédentaires). Plus précisément, la restriction calorique améliore l'espérance de vie chez les rats et les primates, alors que l'exercice améliore la qualité de vie en santé⁵. Malheureusement, les effets bénéfiques de la diète contrôlée sont plus difficiles à reproduire chez l'humain. Sur des souris nourries avec une diète très riche en gras, 4 semaines seulement d'exercice (modéré) dans la roue ont réduit (et non pas aggravé) les lésions arthrosiques induites au préalable par ce régime alimentaire⁶.

L'obésité est également un fléau qui affecte les patients vétérinaires: environ 1 chien, ou chat, adulte sur 3 consulté par un vétérinaire présente un surpoids ou de l'obésité. La prévalence atteint même 50 % chez les patients de 5 à 10 ans. Une étude de Nestlé Purina chez le chien comparant deux groupes de Labradors Retrievers de la même lignée sur leur vie entière avec pour seule différence une diète générant un surplus moyen de 26 % (modéré) du poids corporel a démontré dans le groupe contrôle une espérance de vie augmentée (+15 % sur la médiane) ainsi que l'apparition d'arthrose et autres maladies chroniques, en moyenne 3,0 et 2,1 ans, respectivement, plus tôt dans le groupe obèse⁷. Les chats obèses témoignent eux aussi de risques de santé augmentés, incluant l'arthrose, le diabète sucré, la lipidose hépatique et une mortalité plus précoce. Une étude sur 494 chiens de 4 races différentes développant une atteinte dysplasique/arthrosique de la hanche a montré que la réalisation d'un exercice libre (sans laisse, dans un jardin, parc ou terrain accidenté) quotidien réduisait l'apparition des signes cliniques⁸. Dans la gestion de l'arthrose, une atteinte chronique touchant 20 % des chiens et chats adultes (80 % des animaux gériatriques), l'exercice et la physiothérapie sont des modalités recommandées depuis

longtemps. Une enquête britannique récente⁹ (taux de réponse de 22,8 %) rapporte que la modulation de l'exercice du chien arthrosique constitue la modalité thérapeutique la plus fréquente, devant la médication et la perte de poids, puis la physiothérapie. La modulation porte sur la durée de l'exercice, sa fréquence, sa nature et l'établissement d'une routine. Toutefois, la recommandation de modulation d'exercice diminuait avec l'année de diplomation, et les vétérinaires plus récemment diplômés (en particulier les femmes) sont moins enclins à recourir à la médication⁹.

Il y a eu beaucoup de questionnements sur les répercussions de l'exercice dans l'arthrose. Structuellement et biochimiquement (marqueurs inflammatoires et cataboliques), les atteintes cartilagineuses sur des rats ont corrélé positivement avec l'intensité d'exercice (entre 15 et plus de 55 km, en 3 à 12 semaines sur tapis roulant ou roue)¹⁰⁻¹². Si un exercice soutenu induit, seul, des lésions arthrosiques, il est intéressant de relever que plusieurs études ont rapporté un effet bénéfique d'un exercice léger (7,5 km) ou modéré (11 à 15 km sur 4 à 8 semaines sur tapis roulant) après induction chirurgicale (déstabilisation articulaire)¹³ ou chimique¹⁴ de l'arthrose dans le genou du rat. Il en fut de même sur le processus dégénératif cartilagineux induit sur le modèle d'ostéoporose par ovariectomie chez la ratte, même si l'exercice n'a eu aucun effet sur la densité minérale osseuse¹⁵. À l'inverse, sur un modèle chirurgical (post-trauma) arthrosique chez le rat, un autre type d'exercice (cylindre rotatoire) a aggravé les lésions¹⁶. De plus, aussi bien chez la souris que chez le rat, la dégradation cartilagineuse liée à l'âge n'a pas été influencée (ni amélioration, ni détérioration) par l'exercice. Par ailleurs, au niveau moléculaire, les études sur culture cellulaire ont montré qu'une charge mécanique régulière sur les chondrocytes réduisait la dégradation du cartilage médiée par les métalloprotéinases, ainsi que l'induction de la cascade inflammatoire

(nitroergique et prostanoïde) initiée par les cytokines (TNF- α et IL-1 β)¹⁷. Une étude génomique sur le modèle chimique d'arthrose chez le rat a démontré que l'exercice modéré (11 km en 21 jours) sur tapis roulant initié 1 jour après l'induction de l'arthrose (et pas 5 ou 9 jours, quand l'arthrose induite est plus sévère) inhibe l'expression de gènes liés à l'activation du facteur de transcription nucléaire (NF- κ B)¹⁷, proposant de fait un mécanisme anti-inflammatoire pour l'action structurale (sur le cartilage) de l'exercice.

Il est généralement accepté qu'un exercice approprié combat la perte progressive de la masse musculaire, en force et en qualité. Même un exercice sur tapis roulant modéré et de courte durée (1 mois) débuté à un âge avancé est à même d'inhiber l'apoptose du muscle squelettique lié à l'âge et ainsi de constituer une stratégie efficace pour améliorer la performance physique et la force musculaire chez les vieux rats. Si l'exercice ne se traduit pas en bénéfices (ou dommages) structurels sur le cartilage, ni chez la souris, le rat ou le chien (près de 10 000 km courus en 10 ans)¹⁸, il est clair que l'exercice diminue les lésions lors d'induction d'arthrose chez le rat¹³⁻¹⁵, la souris⁶, et on peut aussi penser que les bénéfices sur la proprioception et la force musculaire puissent se traduire par une douleur arthrosique mieux contrôlée. Si certains résultats peuvent paraître contradictoires, il se dégage en fait un pattern : une altération intrinsèque ou un exercice excessif conduit à une incidence plus élevée d'arthrose, alors qu'un exercice modéré soit ne contribue pas à la dégénérescence articulaire, soit est bénéfique à diminuer le risque d'arthrose chez l'animal¹⁹. Outre les études précitées sur les modèles rongeurs, ceci a également été rapporté chez le lapin, le hamster, ou le cheval. Considérant les limites des études antérieures sur leur applicabilité à l'humain, en raison de leur nature expérimentale, la diversité d'espèce et leur faible analogie anatomique, biomécanique, génomique, musculaire, etc.

(en particulier chez les rongeurs) à l'humain, ainsi que la quasi-exclusivité des évaluations de nature structurelle (et non pas fonctionnelle), nous avons décidé de concentrer nos travaux sur les animaux de compagnie et sur les évaluations fonctionnelles.

En effet, il a été démontré que l'humain et les mammifères coureurs, comme le chien et le chat, partagent le même système endocannabinoïde induit par l'exercice à l'origine du « buzz » (*runner's high*) associé à l'exercice, mais que celui-ci ne se retrouve pas chez les mammifères non coureurs (comme le furet)²⁰. Nos travaux sur le modèle d'arthrose canine chirurgicale ont démontré une douleur (quantifiée par l'analyse cinétique, soit le poids mis sur le membre arthrosique) corrélée au développement des lésions de moelle osseuse (quantifiée par IRM)²¹, tout comme chez l'être humain. Le niveau de douleur fut aussi corrélé au développement d'ostéophytes et d'effusion articulaire, des mesures destinées à stabiliser l'articulation²¹. Finalement, l'atteinte cartilagineuse fut plus grande chez les animaux témoignant d'une récupération fonctionnelle plus élevée²¹, confirmant que l'activité des chiens arthrosiques expérimentaux peut se traduire en dommages au cartilage. Au-delà de l'analogie anatomique, structurelle, biomécanique, moléculaire et génomique entre arthrose canine et humaine, nous rapportons une similitude structure-fonction (douleur) qui supporte une traductabilité élevée des résultats obtenus dans l'arthrose canine vers l'humain²¹. Dans l'*arthrose naturelle canine*, nous avons au préalable caractérisé les signatures cinétiques de l'arthrose. Un exercice modéré (course de 1,2 km en laisse) a conduit à une exacerbation des altérations cinétiques chez les chiens arthrosiques, mais pas chez les chiens normaux²². Nous avons alors observé que les chiens éprouvant le plus de douleur lors de l'évaluation cinétique étaient également ceux avec le plus faible niveau d'activité physique (évalué par des accéléromètres téléométriques)²¹. Plus intéressant

encore, avec une augmentation minimale d'activité quotidienne de +20 min (telle que fréquemment conseillée en arthrose humaine), on obtient une hausse moyenne du pic de force verticale (PFV) de +3,4 %BW (body weight), soit une valeur qui dépasse le changement minimalement détectable à 95 % sur PVF calculé dans notre méta-analyse à 2,0 %BW²¹. Avec +54 min d'activité par jour, la répercussion moyenne sur PFV est alors de +4,4 %BW avec un intervalle de confiance à 95 % [2,1 – 6,8 %BW] permettant dès lors d'assurer que le chien s'est amélioré dans son évaluation cinétique. Ces résultats concordent avec une étude récente sur la dysplasie de la hanche canine au cours de laquelle le score moyen de boiterie s'est significativement amélioré pour les chiens présentant un exercice quotidien de plus de 60 min *vs* ceux avec un exercice de moins de 20 min/j, sans influence du niveau (élevé ou faible) de l'intensité d'exercice²³.

Dans *l'arthrose naturelle féline*, nous avons de la même manière débuté par une caractérisation du profil d'atteinte cinétique²⁴, accélérométrique²⁵ et cinématique²⁶. Nous avons obtenu dès la 3^e semaine une amélioration du profil cinétique mais pas accélérométrique des chats arthrosiques soumis à un exercice modéré, un effet qui s'est maintenu dans le temps²⁷. De plus, une mesure du seuil de retrait mécanique de la patte (Von Frey électronique) a permis de classer le niveau d'allodynie comme présent chez 25 % des chats arthrosiques. Si la majorité des chats arthrosiques traités au meloxicam (un anti-inflammatoire non-stéroïdien), en addition à l'exercice, a montré une amélioration cinétique et accélérométrique, cela n'a pas été le cas des allodyniques²⁷.

En conclusion, l'exercice appliqué en particulier sur ces modèles naturels de douleur chronique chez l'animal corrobore les bienfaits rapportés de manière identique chez l'humain¹⁹. En outre, ces modèles expérimentaux permettent d'investiguer plus aisément les mécanismes mis en jeu, et une

connaissance de plus en plus poussée de leurs limitations et de leur translationabilité permettra de préciser la nature, la durée et la fréquence d'exercice la plus souhaitable afin de participer au contrôle de la douleur rencontrée.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier tout le personnel du laboratoire du GREPAQ de l'Université de Montréal, et en particulier Mme Dominique Gauvin, Dr Martin Guillot, Dr Bertrand Lussier et M. Maxim Moreau dont les travaux de recherche illustrent ce texte. La collaboration avec l'Unité de recherche en arthrose du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal, Drs Johanne Martel-Pelletier et Jean-Pierre Pelletier, est essentielle à ces projets. De plus, le soutien des organismes gouvernementaux fédéraux (CRSNG, IRSC, FCI) et provinciaux (FRQ-NT, FRQ-S) ainsi que des entreprises privées (ArthroLab Inc., Boehringer-Ingelheim, Zoetis, Nestlé Purina, MediCal-Royal Canin) doit être souligné.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cobianchi S, *et al.* Differential effects of activity dependent treatments on axonal regeneration and neuropathic pain after peripheral nerve injury. *Exp. Neurol.* 2013; 240: 157-167.
2. Stagg NJ, *et al.* Regular exercise reverses sensory hypersensitivity in a rat neuropathic pain model: Role of endogenous opioids. *Anesthesiology.* 2011; 114: 940-948.
3. Galdino GS, *et al.* Differential involvement of central and peripheral $\alpha 2$ adrenoceptors in the antinociception induced by aerobic and resistance exercise. *Anesth & Anal.* 2013; 116: 703-711.
4. Binder W, *et al.* Sympathetic activation triggers endogenous opioid release and analgesia within peripheral inflamed tissue. *Eur J Neurosci.* 2004; 20: 92-100.
5. Mercken EM, *et al.* Of mice and men: The benefits of caloric restriction, exercise, and mimetics. *Ageing Res Rev.* 2012; 11: 390-398.
6. Griffin TM, *et al.* Induction of osteoarthritis and metabolic inflammation by a very high-fat diet in mice: Effects of short-term exercise. *Arthritis Rheum.* 2012; 64: 443-453.

7. Kealy RD, *et al.* Effects of diet restriction on life span and age-related changes in dogs. *J Am Vet Med Assoc.* 2002; 220: 1315-1320.
8. Krontveit RI, *et al.* Risk factors for hip-related clinical signs in a prospective cohort study of four large dog breeds in Norway. *Prev Vet Med.* 2012; 103: 219-227.
9. Bound NJ, *et al.* Assessment of veterinary practitioners in the British Isles' approaches towards the management of canine osteoarthritis. *Vet Rec.* 2011; 168: 563.
10. Pap G, *et al.* Development of osteoarthritis in the knee joints of Wistar rats after strenuous running exercise in a running wheel by intracranial self-stimulation. *Pathol Res Pract.* 1998; 194: 41-47.
11. Beckett J, *et al.* Excessive running induced cartilage degeneration in knee joints and alters gait of rats. *J Orthop Res.* 2012; 30: 1604-1610.
12. Franciozi CES, *et al.* Gradual strenuous running regimen predisposes to osteoarthritis due to cartilage cell death and altered levels of glycosaminoglycans. *Osteoarthritis Cartilage.* 2013; 21: 965-972.
13. Galois L, *et al.* Dose-response relationship for exercise on severity of experimental osteoarthritis in rats: A pilot study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2004; 12: 779-786.
14. Cifuentes DJ, *et al.* Decrease in oxidative stress and histological changes induced by physical exercise calibrated in rats with osteoarthritis induced by monosodium iodoacetate. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010; 18: 1088-1095.
15. Chang TK, *et al.* The influence of long-term treadmill exercise on bone mass and articular cartilage in ovariectomized rats. *BMC Musculoskeletal Dis.* 2010; 11: 185.
16. Appleton CTG, *et al.* Forced mobilization accelerates pathogenesis: Characterization of a preclinical surgical model of osteoarthritis. *Arthr Res & Ther.* 2007; 9: R13.
17. Nam J, *et al.* Transcriptome-wide gene regulation by gentle treadmill walking during the progression of monoiodoacetate-induced arthritis. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 1613-1625.
18. Newton PM, *et al.* The effect of lifelong exercise on canine articular cartilage. *Am J Sports Med.* 1997; 25: 282-287.
19. Cymet TC & Sinkov V. Does long-distance running cause osteoarthritis? *J Am Osteopath Assoc.* 2006; 106: 342-345.
20. Raichlen DA, *et al.* Wired to run: Exercise-induced endocannabinoid signalling in humans and cursorial mammals with implications for the 'runner's high'. *J Exp Biol.* 2012; 215: 1331-1336.
21. Moreau M, *et al.* Natural and experimentally induced models of canine osteoarthritis: Differences, translational value and use optimization. *Biomed Res Int.* 2013. In press.

22. Beraud R, *et al.* Effect of exercise on kinetic gait analysis of dogs afflicted by osteoarthritis. *Vet Comp Orthop Traumatol.* 2010; 23: 87-92.
23. Greene LM, *et al.* Associations among exercise duration, lameness severity, and hip joint range of motion in Labrador retrievers with hip dysplasia. *J Am Vet Med Assoc.* 2013; 242: 1528-1533.
24. Moreau M, *et al.* Kinetic peak vertical force measurement in cats afflicted by coxarthrosis: Data management and acquisition protocols. *Res Vet Sci.* 2013; 95: 219-224.
25. Guillot M, *et al.* Evaluation of osteoarthritis in cats: Novel information from a pilot study. *Vet Surg.* 2012; 41: 328-335.
26. Guillot M, *et al.* Coxofemoral joint kinematics using video-fluoroscopic images of treadmill walking cats: Development of a technique to objectively assess OA-associated disability. *J Fel Med Surg.* 2013. Submitted.
27. Guillot M, *et al.* Characterization of osteoarthritis in cats and meloxicam efficacy using objective chronic pain evaluation tools. *Vet J.* 2013; 196: 360-367.

Bénéfices de l'activité physique : accent sur la douleur chronique

PIERRE BEAULIEU

« L'homme n'est jamais plus semblable
à lui-même que lorsqu'il est en mouvement. »

Auguste Rodin

Notre mode de vie moderne, caractérisé par un manque journalier d'activité physique et d'entraînement, prédispose les gens à des maladies chroniques dont les principales sont le diabète, l'obésité, l'hypertension et la maladie coronarienne (Hallal *et al.*, 2012). L'activité physique régulière n'est pas une pratique universelle ; ainsi, 25 % des adultes aux États-Unis sont sédentaires contre 22 % au Canada et 29 % à Montréal. Par ailleurs, 40 % des personnes de plus de 65 ans sont eux aussi sédentaires.

L'inactivité physique a été identifiée comme le 4^e facteur de risque de mortalité globale dans le monde (OMS, 2010). L'étude de Lee *et al.* (2012) montre que le fait de traiter l'inactivité physique serait associée à un gain de l'espérance de vie de la population mondiale de 0,68 an. Ainsi, l'OMS a fait des

recommandations en particulier pour les personnes âgées de 18 à 64 ans :

- faire au moins 150 min d'activité physique en aérobie (endurance) d'intensité modérée chaque semaine ou 75 min d'exercices aérobiques vigoureux ou une combinaison des deux ;
- l'activité aérobie doit être effectuée par périodes d'au moins 10 min ;
- pour obtenir des bénéfices additionnels, il faudrait augmenter les activités d'intensité modérée à 300 min par semaine ou effectuer 150 min d'exercices plus intenses ou une combinaison des deux ;
- des activités de renforcement musculaire portant sur des groupes musculaires majeurs devraient être effectuées au moins deux fois par semaine.

BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN GÉNÉRAL

Les bienfaits de l'activité physique sont multiples : entretien de la force musculaire et de la coordination des mouvements, souplesse des tendons et des ligaments, augmentation de la formation de tissu osseux (effets sur la masse, la densité et la texture des os), amélioration du transit digestif, diminution des triglycérides et de la résistance à l'insuline favorisant ainsi le maintien d'un poids idéal, amélioration du bien-être émotionnel et de l'estime de soi, de la qualité de vie liée à la santé, maintien d'un réseau social (Nino, 2013). Les effets bénéfiques de l'activité physique adaptée sur des marqueurs psychologiques concernent en particulier : une réduction de la douleur (ex. : lombalgies chroniques), une diminution de la fatigue (cancer du sein), une réduction de l'anxiété (fibromyalgie, sclérose en plaques, maladies cardiorespiratoires chroniques) et une diminution de la dépression (diabète, VIH, cancer, maladie pulmonaire chronique), une augmentation de l'es-

time de soi (cancer, diabète), une amélioration des fonctions mnésiques, de l'attention, des praxies, du sommeil et de la sociabilité (Nino, 2013).

Finalement, d'autres effets issus de données probantes sont aussi décrits dans le tableau suivant.

**Bénéfices pour la santé de l'activité physique chez l'adulte
(modifié d'après Lee et al., 2012).**

Données probantes de réduction du taux de	Données probantes de
Toutes les causes de mortalité	Augmentation de la capacité cardiorespiratoire et musculaire
Maladie coronarienne	Amélioration de la masse corporelle et de sa composition
Hypertension artérielle	Meilleure santé des os
Accident vasculaire cérébral	Meilleure capacité fonctionnelle
Syndrome métabolique	Amélioration de la fonction cognitive
Diabète de type 2	
Cancer du sein	
Cancer du côlon	
Dépression	
Chute	

**BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
SUR LA DOULEUR CHRONIQUE**

Une grande partie des effets bénéfiques de l'activité physique en général (voir plus haut) vont aider à améliorer la douleur, en particulier les effets musculosquelettiques, sur l'humeur, la non-prise de poids et la condition sociale.

Le lien entre sédentarité et douleur est intéressant à faire puisque la plupart des études indiquent que les personnes ayant des douleurs chroniques sont sédentaires ou peu actives. Intuitivement, les patients pensent que l'activité physique peut

aggraver leur douleur et ils ont alors tendance à diminuer leurs activités. La prise en charge de la douleur chronique passe par une remise en activité progressive des patients avec des bénéfices à la fois sur le plan de la douleur et que sur la qualité de vie. Ainsi, la condition physique des patients souffrant de douleurs chroniques peut être améliorée par un programme d'entraînement comprenant divers types d'exercices incluant des activités d'endurance (marche, natation, vélo), de musculation spécifique, des étirements, etc. Grâce à ce programme, la reprise du travail est généralement plus rapide même s'il est vrai que la perception de la douleur par les patients (auto-évaluation) ne s'en trouve pas nécessairement modifiée.

Exemples de programme

Un programme de marche nordique (marche avec bâtons) deux fois par semaine pendant 12 semaines chez 27 patients souffrant de cervicalgies chroniques a montré une réduction des scores de douleur et une meilleure qualité de vie (Henkel *et al.*, 2008). Dans une autre étude randomisée chez 136 patients avec lombalgies chroniques, un programme de 8 semaines de marche nordique deux fois par semaine pendant 45 min a montré une tendance vers la réduction des lombalgies qui a été associée à une diminution de la consommation des analgésiques (Hartvigsen *et al.*, 2010).

En ce qui concerne les athlètes, une méta-analyse récente a analysé s'il existait des différences dans la perception de la douleur entre des athlètes et des personnes normalement actives (Tesarz *et al.*, 2012). La perception de la douleur était différente chez les athlètes qui possédaient une tolérance augmentée à la douleur que les personnes normales; néanmoins, aucune conclusion n'a été possible concernant le seuil de douleur.

Il semble maintenant démontré que sur un plan pratique, le coût pour une personne de devenir active est moins important que l'achat de médicaments. De plus, le fait d'être en bonne condition physique est inversement relié à toutes les causes de mortalité. Ainsi, ces éléments font que la sous-évaluation des effets de l'activité physique et sa faible recommandation dans la prescription médicale devient pour certains inacceptable dans la pratique clinique actuelle (Hallal et Lee, 2013). C'est pourquoi ces auteurs recommandent que l'activité physique soit prescrite comme on prescrit un médicament car il s'agit alors d'une approche complémentaire, efficace, bon marché et qui présente peu d'effets indésirables. Pour ce faire, la formation des professionnels de la santé, et en particulier des médecins, doit être revue pour prendre en compte cette nécessité. En effet, peu ou pas de place est consacrée à cette problématique dans les facultés de médecine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380: 247-257.
2. Hallal PC, Lee I-M. Prescription of physical activity: an undervalued intervention. *Lancet* 2013; 381: 356-357.
3. Hartvigsen J, Morso L, Bendix T, Manniche C. Supervised and non-supervised Nordic walking in the treatment of chronic low back pain: a single blind randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2010; 11: 30.
4. Henkel J, Bak P, Otto R, Smolenski UC. Effect of selected prevention concepts on functional health of persons with nonspecific chronic recurrent neck pain. *Manual Med* 2008; 47(1): 57- 66.
5. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219-229.
6. Nino G. Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Science & Sport* 2013, sous presse.
7. Tesarz J, Schuster AK, Hartmann M, Gerhardt A, Eich W. Pain perception in athletes compared to normally active controls: A systematic review with meta-analysis. *Pain* 2012; 153: 1253-1262.
8. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: *World Health Organization*, 2010.

Activité physique et réadaptation fonctionnelle

JEAN-YVES SALLE, JEAN-CHRISTOPHE DAVIET,
PASCALE VERGNE-SALLE

Douleur et rééducation sont intimement liées : soit parce que l'affection à l'origine de la prescription est douloureuse, par exemple syndrome douloureux complexe de type I, ou alors parce que la rééducation peut être douloureuse pour conquérir les objectifs de récupération analytique et fonctionnelle, par exemple les amplitudes articulaires déficitaires. Et si la douleur reste une limite à connaître (c'est la fameuse règle de la « non-douleur »), elle doit faire l'objet de traitements efficaces et elle ne doit pas limiter la prise en charge rééducative aux seules techniques passives à visée antalgique (massage) risquant de renforcer négativement la représentation qu'a le patient de sa maladie, en contradiction avec nos objectifs fonctionnels.

Nous aborderons les conséquences de la douleur et de l'immobilité sur la motricité, puis sur ces bases neurophysiologiques nous présenterons les intérêts de la neurostimulation transcutanée à visée antalgique comme méthode rééducative adjuvante.

MOTRICITÉ ET DOULEUR

Hodges et Tucker² ont présenté une nouvelle théorie d'adaptation motrice à la douleur. Cette théorie expose, autour du principe de base d'une motricité orientée vers la protection de la zone corporelle en souffrance, les 5 éléments clefs des conséquences de la douleur sur la motricité: 1) redistribution de l'activité musculaire en intra- et intermusculaires; 2) changement du comportement moteur pour modifier les contraintes et assurer une certaine rigidité musculaire de protection; 3) adoption d'un comportement de protection préventif de toutes stimulations douloureuses ou anticipées comme telles; 4) comportement moteur résultant de modifications intervenant à plusieurs niveaux du système nerveux central (moelle, tronc cérébral, cortex); 5) comportement bénéfique à court terme mais potentiellement très nefaste à long terme, comme une augmentation des contraintes musculaires, mais surtout concourant à la réduction des mouvements voir à l'immobilité.

Enfin, il est à noter que ces anomalies de la performance motrice ne sont pas corrélées à l'intensité de la douleur.

MOTRICITÉ ET IMMOBILITÉ

Par analogie, on peut s'appuyer sur les troubles observés chez l'hémiplégique. Henri Meige (1905) a décrit l'«amnésie motrice fonctionnelle» pour qualifier le déficit moteur présenté par les hémiplégiques chez qui «toute mémoire de la fonction semble avoir disparu avec l'arrêt transitoire de la mobilité.» C'est ce que l'on peut observer lors des syndromes douloureux complexes de type II. Développées par Taub⁷ à partir de 1957, les expériences de désafférentation de membre supérieur chez le singe à différents stades de l'ontogenèse ont permis d'observer leur régression sous immobilisation du membre sain, si celle-ci durait plus de 3 jours. De même, les expériences de désafférentation bilatérale des membres supérieures permettaient

aux singes de développer des adaptations fonctionnelles avec ces 2 membres supérieurs. Ainsi, Taub a émis l'hypothèse de l'apprentissage de l'inactivité ou « *Learned non use phenomenon* », phénomène autoentretenu et autoaggravé, et cite comme circonstances possibles de leur développement les douleurs ou les désafférentations.

Ces expérimentations ont été renforcées par celle de Nudo⁶, observant une réduction de la carte corticale motrice de la main après lésion cérébrale, réversible sous stimulation.

La thérapie contrainte possédait ainsi un socle fondamental et clinique propice à son développement basé sur le « *USE IT or LOSE IT* »³. La plasticité cérébrale est dépendante de l'utilisation, comme le montrent les résultats de cartographie post stimulations magnétiques corticales illustrant les phénomènes de compétition des représentations corticales après désafférentation transitoire par ischémie de l'avant bras¹. L'objectif rééducatif prioritaire est donc de maintenir les cartographies corticales motrices par le mouvement, appliqué le plus rapidement possible.

De même, la proprioception et la sensibilité cutanée sont importantes dans la régulation du mouvement. Dans les syndromes douloureux complexes de type I de la main, les techniques d'imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence une réorganisation corticale des aires primaires sensitives pariétales dans le sens d'une « rétraction » significative de l'aire corticale de la main, déplacée vers les lèvres. Ces anomalies sont réversibles lors de la guérison du SRDC I. Enfin, le cortex pariétal postérieur, impliqué dans l'intégration des informations sensorielles multimodales, en particulier visuelles et sensitives, semble moins stimuable, chez ces patients, possiblement à l'origine des troubles du schéma corporel d'héminégligence et des troubles de reconnaissance de la latéralisation manuelle – anomalies parfois rencontrées chez ces patients – l'ensemble concourant à l'aggravation des troubles moteurs⁴.

LA NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE À VISÉE ANTALGIQUE OU « PLUS »

La neurostimulation transcutanée à visée antalgique est une technique simple, sans effet secondaire autre que l'allergie aux électrodes du fait de l'utilisation d'un courant biphasique à moyenne nulle, avec comme seules contre-indications la grossesse et le port de dispositifs implantés tels que les stimulateurs cardiaques.

Les deux modes d'utilisation endorphiniques (TENS AL pour « Acupuncture Like », utilisé au seuil moteur délivré à 2 hertz, appliqué en stimulation musculaire) ou conventionnels (TENS C pour conventionnel, utilisé au seuil sensitif délivré à 80 hertz appliqué en zone de projection cutanée d'un trajet nerveux) ont fait l'objet de recommandations de l'HAS en 2009 pour les patients souffrant de douleurs chroniques en présence d'un nombre suffisant de fibres myélinisées à stimuler. L'intensité de stimulation est un facteur d'efficacité important⁵.

À côté de ces effets antalgiques, une autoutilisation précoce permettrait, outre de tester le coping de ces patients (système de « mouchard » permettant sur le dernier mois de visualiser la durée et le type des paramètres utilisés), de maintenir une afférentation corticale pariétale des zones douloureuses par TENS C et le maintien d'une mobilité électroinduite par TENS AL sur les segments musculo-articulaires douloureux, l'autoapplication de ces techniques lui assurant un contrôle du confort. Les « TENS » en applications aiguës servent de méthode adjuvante au « USE IT or LOSE IT » pilotant des méthodes rééducatives.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Brasil-Neto Brasil-Neto JP, Cohen LG, Pascual-Leone A, Jabir FK, Wall RT, Hallett M. Rapid reversible modulation of human motor outputs after transient deafferentation of the forearm: a study with transcranial magnetic stimulation. *Neurology* 1992 ; 42(7) : 1302-1306.

2. Hodges PW, Tucker K. Moving differently in pain : a new theory to explain the adaptation to pain. *Pain* 2011 ; 152 (Suppl) : S90-98.
3. Kleim JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity : implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res* 2008 ; 51(1) : S225-239.
4. Mailh fner C, Baron R, DeCol R, Binder A, Birklein F, Deuschl G, Handwerker HO, Schattschneider J. The motor system shows adaptive changes in complex regional pain syndrome. *Brain* 2007 ; 130 : 10/2671-2687.
5. Moran F, Leonard T, Hawthorne S, Hughes CM, McCrum-Gardner E, Johnoson MI, Rakel BA, Sluka KA, Walsh DM. Hypoalgesia in response to transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) depends on stimulation intensity. *J Pain* 2011 ; 12(8) : 929-935.
6. Nudo RJ, Plautz EJ, Frost SB. Role of adaptive plasticity in recovery of function after damage to motor cortex. *Muscle Nerve* 2001 ; 24(8) : 1000-1019.
7. Taub E, Uswatte G, Elbert T. New treatments in neurorehabilitation founded on basic research. *Nat Rev Neurosci* 2002 ; 3(3) : 228-236.

PRISE EN CHARGE PHYSIQUE DU PATIENT

Rôle du physiothérapeute

PAUL CASTONGUAY

Le physiothérapeute, avec l'ergothérapeute, est le professionnel qui assumera probablement le suivi le plus régulier parmi les membres de l'équipe médicale entourant le patient qui souffre de douleurs chroniques. Par ses rencontres quasi quotidiennes avec le patient, il est souvent le premier intervenant de l'équipe à reconnaître et à documenter l'évolution de la condition physique générale du patient.

Son rôle principal consiste, après l'examen clinique du patient, à poser un diagnostic physiothérapique¹ documenté par des outils de mesures validés^{2,3,4}, à élaborer et à exécuter un plan de traitement de nature physique en fonction du pronostic.

Son champ d'expertise est en santé physique. Cependant, pour avoir une image globale de son patient, il utilisera des indicateurs sur les facteurs contributifs de mauvais pronostic, et notamment des outils de mesure pour le repérage des troubles du sommeil, des troubles anxieux et/ou dépressifs. Ces données compléteront le portrait bio-psycho-social du patient lors de sa prise en charge, de son suivi et du besoin de consultation spécifique qu'auront certains membres de l'équipe médicale.

Le physiothérapeute a aussi un rôle majeur dans le contrôle de la douleur, élément clé de la prise en charge en physiothérapie. Pour améliorer ou maintenir la capacité fonctionnelle du patient, le physiothérapeute doit mesurer la douleur et l'effet de la médication combinée à des traitements non pharmacologiques de la douleur⁵. Les agents physiques du traitement de la douleur en physiothérapie agissent sur les mêmes cibles – périphériques, médullaires ou encéphaliques –, que la médication⁶. Le physiothérapeute choisira des cibles complémentaires de la médication, de façon à obtenir un soulagement optimal de la douleur et à entreprendre un plan de traitement physiothérapique qui viserait notamment l'amélioration des capacités physiques.

Les cliniciens savent que le traitement de la douleur chronique doit se faire en interdisciplinarité. Cette présentation propose un modèle étendu du rôle du physiothérapeute dans une équipe multidisciplinaire. Selon les ressources professionnelles disponibles et la prise en charge préconisée, une adaptation de ce modèle devrait faire consensus dans votre équipe et vous pourriez même introduire de la pratique avancée pour le physiothérapeute⁷.

Maintenir une approche collaborative entre intervenants et patient, pourquoi pas!

LES RÔLES DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

Le lecteur trouvera dans ce chapitre une manière différente de présenter notre sujet. En effet, nous procéderons en donnant des listes, afin que chaque étape soit bien circonscrite et facilement repérable. La description détaillée de chacune de ces étapes permettra de bien comprendre les rôles du physiothérapeute dans une équipe interdisciplinaire et d'aisément les adapter si besoin en est.

Le physiothérapeute doit d'abord évaluer les déficiences et les incapacités du patient puis poser un diagnostic physiothé-

rapide, émettre un pronostic et établir un plan de traitement ciblé.

ANAMNÈSE : INTERROGATOIRE, QUESTIONNAIRE ET INSTRUMENTS DE MESURE VALIDÉS

Il s'agit ici de bien comprendre la plainte principale et les problèmes bio-psycho-sociaux du patient.

Problématique bio

Histoire médicale du patient, des diagnostics et des traitements antérieurs

- mesure des caractéristiques de la douleur
- déclenchement, progression et facteurs associés
- mesure de l'intensité de la douleur en lien avec les activités physiques
- utilisation de l'échelle numérique
- révision de la médication, des cibles et des effets sur le système excitateur ou inhibiteur de la douleur
- révision des rapports d'examen complémentaires
- comprendre et hiérarchiser les déficiences et les dysfonctions neuro-musculosquelettiques

Mesure des troubles du sommeil liés à la douleur

- indice de la gravité de l'insomnie
- inventaire d'insomnie-douleur chronique
- échelle d'Epworth

Analyse des facteurs de risque

- obésité, sédentarité, tabagisme
- ergonomie, AVQ et AVD

Problématique psycho

Mesures validées de perception

- de l'aspect émotif de la problématique: HAD, Inventaire de Beck
- de l'incapacité: Oswestry, Rolland-Morris, QCD, DASH

Problématique sociale

Il s'agit d'évaluer les facteurs qui contribuent à l'établissement de mauvais pronostics. Quatre drapeaux - jaune, orange, bleu ou noir - permettent de classer la douleur selon divers critères.

Drapeaux jaunes

- attitudes et croyances envers la douleur
 - nuisible, doit disparaître avant que le patient puisse bouger ou retourner au travail
- comportements
 - médication excessive, repos au lit, peu d'activités, plus de 10 à EN
- compensation
 - pas d'incitatif financier à ce que le patient retourne au travail
 - plusieurs réclamations antérieures
- diagnostic et traitement
 - présence de plusieurs diagnostics contradictoires, incompréhension menant à la dramatisation par les professionnels de la santé
- travail
 - travail manuel, mauvais environnement de travail, patient peu scolarisé

Drapeaux orange

- désordre de la personnalité

- usage de drogues, questions médicolégales, problèmes majeurs de communication, désordres psychiatriques actifs

Drapeaux bleus

- accent sur la perception du travail et les conditions de travail.

Drapeaux noirs

- propres à l'employeur
 - demande/contrôle, pression, facilitation du retour au travail et des fonctions optimales
- propres aux normes du travail
 - conditions salariales, politique médicale, législation

OBJECTIF DE L'ANAMNÈSE: s'informer sur la douleur, le sommeil, l'aspect émotif et la fonction du patient afin de prescrire un examen physique personnalisé

Problématique bio

Sur le contrôle de la douleur

- statuer sur des éléments étiologiques possibles
- analyser le résultat des thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques
 - vérifier la conformité à la pharmacothérapie
 - reprendre ou poursuivre les monothérapies efficaces
- hiérarchiser les modalités non pharmacologiques en complémentarité de la médication, les cibles neurophysiologiques et les effets sur la douleur afin d'utiliser le maximum de cibles complémentaires au traitement de la douleur en physiothérapie

Sur la nature et les effets des troubles du sommeil

- établir un plan de traitement
 - moduler les excitants ou les stimulants du sommeil

Sur les problèmes de santé physique générale

- déconditionnement, obésité

Problématique psycho

Sur les problèmes de nature émotive

- anxiété, dépression, perception de l'incapacité

Problématique sociale

Sur les facteurs qui contribuent à l'établissement de mauvais pronostics

- voir les drapeaux jaunes, orange, bleus et noirs

EXAMEN PHYSIQUE

Il s'agit ici de bien comprendre la problématique biomécanique du patient.

Examen physique neuro-musculosquelettique

- systèmes nerveux central et périphérique
- bilan vasculaire
- tonus musculaire, souplesse générale
- examen palpatoire
- tests spécifiques à la condition

Examen des capacités cardiorespiratoires

OBJECTIF DE L'EXAMEN PHYSIQUE: cibler par priorité les atteintes anatomo-physiologiques et physiques du patient et prescrire une approche personnalisée de ses déficiences et incapacités.

Sur la condition physique générale

- statuer sur le déconditionnement physique et la capacité cardiovasculaire

Sur la condition physique spécifique de la consultation

- statuer sur les éléments spécifiques du SNC et du SNP
- tension versus compression
- statuer sur les éléments spécifiques du système vasculaire
- statuer sur les éléments spécifiques du système musculo squelettique
 - force/endurance
 - coordination, contrôle postural
 - flexibilité musculaire
 - flexibilité ostéo-articulaire

DIAGNOSTIC PHYSIOTHÉRAPIQUE

L'ensemble de l'examen clinique incluant l'anamnèse, les données paracliniques et l'examen physique permettra l'analyse de la situation. Le diagnostic physiothérapique montre que la pathologie est multidimensionnelle et influencée par le stade de guérison, des facteurs organiques (bio) et non organiques (psychosociaux).

Le diagnostic physiothérapique permettra d'orienter le traitement selon la classification mécanistique et temporelle. Il permet aussi de comprendre la nature mécanique et émotive de la douleur et les déficiences et les incapacités du patient.

L'établissement du diagnostic physiothérapique, pour le patient qui souffre de douleurs chroniques, devrait inclure :

Les caractéristiques de la douleur

- selon une classification mécanistique
- nociceptive, inflammatoire, neuropathique ou fonctionnelle

- selon une classification temporelle
 - la cascade neurophysiologique de douleur chronique
 - hyperalgésie primaire, hyperalgésie secondaire, sensibilisation spinale, inflammation neurogène

Les caractéristiques physiques de la lésion et émotive de la douleur

Les limitations physiques causées par la douleur

OBJECTIF DU DIAGNOSTIC PHYSIOTHÉRAPIQUE : donner le portrait global du problème en ciblant les caractéristiques modifiables limitant certains aspects de la capacité physique du patient.

Exemple :

Lombalgie mécanique chronique de type dysfonction caractérisée par une douleur nociceptive intense aux mouvements de flexion-rotation et une sciatalgie gauche irradiant jusqu'au talon limitant le soulèvement de charge de plus de 10 livres, les activités de la vie quotidienne et le sommeil (un index d'incapacité d'Oswestry de 70 %).

BUTS THÉRAPEUTIQUES

Le physiothérapeute devra aussi établir des buts thérapeutiques réalistes, que le patient pourra aisément comprendre.

OBJECTIF DES BUTS THÉRAPEUTIQUES

Ils serviront de motivation pour que le patient observe avec assiduité son plan de traitement.

Exemple :

Après l'application du plan de traitement pendant trois semaines, il faut réduire la fragmentation du sommeil et atteindre un PID de 30 %. Le PID est le pourcentage de changement de l'intensité de la douleur.

PLAN DE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE

Il s'agit de réaliser les interventions avec la participation active du patient.

Prescrire des traitements non pharmacologiques complémentaires qui sauront réduire la douleur diurne et nocturne selon des modalités

- de réduction de la transduction et de la transmission
- de blocage des influx excitateurs au niveau médullaire
- de stimulation du CIDN

Prescrire des traitements ayant une influence sur l'aspect encéphalique de la douleur

- par des exercices cardiovasculaires
- par des exercices particuliers tels que yoga, pilates, tai chi

Prescrire des traitements qui sauront réduire la dysfonction selon l'étiologie, la présentation clinique, le stade de récupération, la gravité de la douleur et l'influence des facteurs contextuels.

Prescrire des traitements de rééducation qui sauront augmenter la capacité fonctionnelle selon

- des modalités sur la souplesse et la force
- des exercices généraux et des exercices spécifiques à la condition du patient

OBJECTIF DU PLAN DE TRAITEMENT: présenter au patient une approche structurée et personnalisée de sa condition en vue de réduire sa douleur.

CONCLUSION

Le physiothérapeute revêt plusieurs rôles professionnels⁸. Mais auxquels de ces rôles s'attend le patient qui souffre de douleurs chroniques?

Le patient qui souffre de douleurs chroniques a souvent un historique médical complexe et a connu maints échecs et bien des frustrations. Il a aussi un vécu difficile sur les plans psychologique et social. Il s'attend, avec raison, de rencontrer un praticien capable de transposer son savoir dans sa pratique clinique, un praticien expert et bon communicateur qui l'informerait clairement de sa condition et lui donnera un pronostic plausible.

Par le cheminement proposé ici, on peut constater que le physiothérapeute tient plusieurs rôles. Le rôle premier cependant est de poser un diagnostic physiothérapique. Ce diagnostic fait le lien entre le mal dont souffre le patient et les déficiences et incapacités du patient. Il permet de proposer un plan de traitement précis. En faisant le suivi de son patient selon le plan de traitement, le physiothérapeute peut vérifier ses hypothèses de travail et les adapter au besoin.

En tant que physiothérapeute, je ne peux que m'engager à faire la promotion du praticien expert, à promouvoir le diagnostic physiothérapique et la pratique interprofessionnelle.

Mon objectif est d'obtenir des soins de qualité optimale pour les patients. Les physiothérapeutes sont là pour eux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute*, Rapport du comité d'étude sur le diagnostic en physiothérapie, Luc J. Hébert *et al.* 30 novembre 2009, (page 61) http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2012/12/Definition_conceptuelle_dx.pdf
2. Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation, Tremblay Louis E., Savard Jacinthe, Casimiro Lynn, Tremblay Manon, 2004, Université d'Ottawa.
3. Instruments de mesure pour l'évaluation et le suivi de la douleur chronique
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>

4. Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, Répertoire des instruments de mesure

http://www.rqrv.com/fr/banque_inst.php

5. Algorithme de traitement de la douleur neuropathique; Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique: <http://pier-rearsenault.ueuo.com/24045.pdf>

6. Faire équipe face à la douleur chronique, un ouvrage conçu pour les patients et écrit par leurs professionnels de la santé, Les Productions Odon inc. 2010 (*chapitre 36, La place de la physiothérapie en douleur nociceptive, neuropathique et chronique*).

7. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Les pratiques avancées en physiothérapie: une revue systématique de la littérature*, avril 2011.

8. Rôles du physiothérapeute. *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*, octobre 2009

http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/50_Profile2009French.pdf

Rôle de l'ergothérapeute

MARIE-JOSÉE GOBEIL

Ergothérapie, la thérapie par l'activité (*Ergon* en grec). Mais au-delà de mettre les gens en action, certaines spécificités caractérisent le travail de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle présentant de la douleur chronique.

La douleur chronique a cette particularité d'avoir un retentissement sur plusieurs sphères de la vie de la personne, ce qui justifie l'approche thérapeutique très holistique qu'offre l'ergothérapie. En effet, par ses approches cliniques, l'ergothérapeute en douleur chronique s'intéresse à la globalité de la personne, afin de lui permettre d'acquérir autonomie et sentiment d'efficacité dans la gestion de cette condition chronique pour la réalisation de ses habitudes de vie et rôles sociaux significatifs. Ainsi, les diverses interventions offertes par ce professionnel s'adresseront tant à la personne aux prises avec cette douleur persistante qu'à son environnement physique, social ou de travail.

À travers la modalité thérapeutique de choix de l'ergothérapeute qu'est la mise en situation encadrée, ce professionnel abordera 5 grands axes d'interventions pour faire face à la douleur chronique, soit :

- l'enseignement;
- l'entraînement et la supervision de la modification de comportements;
- le développement des capacités physiques;
- le soutien psychologique dans l'activité;
- la recherche d'un équilibre fonctionnel et occupationnel.

ENSEIGNEMENT

L'une des pierres angulaires de l'intervention auprès de la clientèle en douleur chronique est l'enseignement et le réconfort. À la lumière de la connaissance qu'a l'ergothérapeute de la condition documentée du client et du phénomène de la douleur chronique, il permettra au client de concevoir sa condition aux niveaux :

- de la pathologie en présence;
- d'une meilleure compréhension du phénomène de la douleur chronique incluant les différents éléments tant physiques que psychologiques intervenants dans ce phénomène;
- d'une bonne compréhension du phénomène de peur/évitement (Vlaeyen et Linton, 2000) que l'on retrouve fréquemment en douleur chronique;
- d'une bonne compréhension des grands principes à privilégier pour favoriser une gestion efficace de sa condition, tant au niveau des postures à adopter considérant sa pathologie et du principe d'analyse de l'activité et de gradation de celle-ci que d'une saine gestion pendant l'activité;
- de la découverte d'une conscience de l'impact de ses attitudes face à la douleur (comportements douloureux) sur son environnement, et de son pouvoir d'agir à ce niveau.

MODIFICATION DE COMPORTEMENTS

En présence de douleur chronique, l'analyse du comportement de la personne atteinte est importante. En effet, grâce à l'observation du client en action, il devient possible d'identifier la présence de mauvais patrons de mouvements qui contribuent à la persistance de la douleur, la présence de comportements ayant pour but d'exprimer la douleur (comportements douloureux), l'utilisation ou non de comportements appropriés visant la gestion de la douleur ou l'adoption de positions antalgiques, etc. L'observation du client dans l'activité nous permettra également d'identifier son style de gestion de sa condition, soit un cycle d'hyper- à hypo-activité, un cycle peur-évitement, la présence de catastrophisme, etc. Ainsi, à partir de l'analyse de ces différents éléments, l'ergothérapeute travaillera avec la personne à reconnaître les différents comportements à corriger et proposera un programme gradué de mise en situation permettant l'entraînement encadré à la modification de ces comportements, modifications qui auront un impact sur la gestion des symptômes et sur l'amélioration du niveau fonctionnel.

DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS PHYSIQUES

À travers l'analyse de la situation du client, l'ergothérapeute identifiera aussi l'écart entre son profil actuel de capacités et les exigences pour la reprise des habitudes de vie ciblées. Ainsi, à partir de cette analyse, ce professionnel élaborera un programme gradué de développement des capacités qu'il intégrera dans des activités significatives afin de permettre à la personne de progresser et d'appliquer en même temps, dans une vision très globale et fonctionnelle, tout l'enseignement reçu. Ces mises en situation en milieu clinique puis en milieu réel permettront donc la modification de comportements et de patrons de mouvements, l'application de moyens de gestion

pendant l'activité, le développement de capacités et un travail psychologique entourant la reprise de l'activité. En effet, l'une des particularités du rôle de l'ergothérapeute est qu'il pourra graduer son intervention en passant de la mise en situation en milieu clinique à des mises en situation supervisées en milieu réel. Le milieu réel nous apporte généralement une panoplie d'informations nouvelles auxquelles nous n'aurions pas accès autrement que par l'observation, par ce professionnel, du client en interaction avec son environnement tant domiciliaire, social que de travail.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DANS L'ACTIVITÉ

Dans cette reprise graduée d'activité, diverses émotions, anticipations et doutes se manifestent. Ainsi, l'ergothérapeute sera en mesure de travailler ces éléments liés à la personne, à l'activité ou à son contexte dans l'environnement afin de lui permettre de cheminer vers un mieux-être et de développer un sentiment d'efficacité personnelle par rapport à sa situation.

VERS UN ÉQUILIBRE OCCUPATIONNEL

Tout ce travail conjoint du client et de l'ergothérapeute se fera dans une étroite communication et une rétroaction continue, afin de permettre à la personne atteinte de douleur chronique de retrouver un équilibre entre ses capacités et les demandes de son environnement. L'ergothérapeute pourra ainsi documenter, lors de l'atteinte d'un plateau de récupération, le profil résiduel du client, et le mettre en relation avec l'analyse faite des exigences des rôles à accomplir. L'ergothérapeute tâchera également de dégager une marge de manœuvre entre les exigences et les capacités, afin de mettre en place les conditions favorables pour une reprise d'activité sécuritaire et durable.

Lorsqu'un déséquilibre persiste, l'ergothérapeute tentera de proposer des modifications de l'environnement (aides techniques, aménagement du poste de travail, réaménagement des tâches domiciliaires ou au travail, etc.) pour retrouver l'équilibre. Lorsqu'il sera devenu impossible d'accomplir certains rôles, l'ergothérapeute pourra participer à l'élaboration d'un nouveau projet pour retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant.

L'ergothérapeute en douleur chronique joue donc un rôle significatif auprès de cette clientèle. Néanmoins, tel qu'il est énoncé dans les lignes directrices émises par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec dans son rapport sur la prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse), on recommande une prise en charge interdisciplinaire où travailleront de concert médecin, psychologue, physiothérapeute et ergothérapeute pour le bien-être de cette clientèle. En effet, au-delà du rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge du patient atteint de douleur chronique, il y a son rôle en tant que collègue qui contribue à la complémentarité professionnelle et à la synergie d'un vrai travail interdisciplinaire au profit du client.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agences d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Document sur la prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse), Organisation des services de santé, Québec, mai 2006; vol. 2, n° 4.
2. Bouvrette-Leblanc L. Ergothérapie et douleur chronique. Dans *Faire équipe face à la douleur chronique* (2010), Les Productions Odon.
3. Kennedy L, Craik J, Brown C, Chakavarti A, Gupta A, Klassen B. Pain Management and occupational therapy. *Professional Issue Forum* 2011; CAOT conference, Saskatoon, SK, June 16, 2011.
4. Klinger L, Klassen B. Que fait l'ergothérapeute pour une personne aux prises avec une douleur chronique? *Actualités Ergothérapeutiques* 2012; vol. 14.5: 6-7.

5. Rochman DL, Kennedy-Spaien E. Chronic pain management : approaches and tools for Occupational Therapy. *OT Practice* 2007 ; July 30, 9-15.
6. Skjutar A, Schult ML, Christensson K, Mullersdorf M. Indicators of need for occupational therapy in patients with chronic pain : Occupational therapists' focus groups. *Occup Ther Int* 2009 ; 17 : 93-103.
7. Vlaeyen J, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain : a state of the art. *Pain* 2000 ; 85 : 317-332.

Activité physique et lombalgies

YANNICK TOUSIGNANT-LAFLAMME

La lombalgie est une pathologie douloureuse qui affectera jusqu'à neuf personnes sur 10 au cours de leur vie¹. Avec un taux de prévalence estimé entre 12 % et 33 %¹, la lombalgie chronique constitue un problème de santé publique important; les coûts directs et indirects qui y sont rattachés sont comparables à ceux associés aux maladies cardiaques². La grande majorité des douleurs lombaires sont de type mécanique non spécifique^{3, 4}. La lombalgie non spécifique est définie comme une douleur lombaire ne présentant pas de drapeaux rouges (indicateurs de pathologies sérieuses)⁵. Plus spécifiquement, la lombalgie mécanique non spécifique se définit comme une douleur au mouvement, localisée à la région lombaire, pouvant irradier à la région proximale du membre inférieur et n'ayant pas besoin d'une approche chirurgicale. Or, 97 % des lombalgies sont de nature mécanique³, c'est-à-dire que la lombalgie n'est pas d'origine néoplasique, infectieuse, inflammatoire ou fracturaire. Ces patients peuvent donc bénéficier d'une prise en charge en réadaptation. Une évaluation complète, au cours de laquelle un professionnel de la santé qualifié examine la réponse

clinique et symptomatique aux mouvements répétés de la colonne lombaire, est la meilleure méthode pour confirmer la nature mécanique de la lombalgie⁶.

Bien que l'évolution naturelle de cette pathologie douloureuse est habituellement favorable, la lombalgie peut persister et devenir chronique dans environ 10 % des cas⁷. Cependant, d'autres études rapportent des chiffres beaucoup plus élevés, où en moyenne 62 % des gens rapportaient encore des symptômes 12 mois après l'événement initial⁸. Afin de limiter le développement de la douleur chronique dans la lombalgie, les écrits scientifiques démontrent qu'il faut s'attarder aux facteurs d'ordre psychosocial⁹, mais également incorporer des méthodes actives de traitements, telles que l'exercice physique¹⁰. Il ne faut donc pas négliger l'aspect biologique du modèle bio-psycho-social de la lombalgie¹¹.

Les effets analgésiques de l'activité physique et des exercices sont bien documentés tant auprès de sujets sains que de populations atteintes de douleur chronique¹². Une étude récente démontre que l'activité physique entraîne un relâchement d'opiacés endogènes (bêta-endorphines), notamment après une activité physique d'intensité élevée (ex. : course à pied)¹³. On sait également que l'exercice physique peut engendrer un effet analgésique via d'autres mécanismes. Par exemple, l'exercice augmente le soutien social et la motivation¹⁴. L'exercice améliore l'humeur et a par conséquent un effet indirect sur la douleur¹⁵. Cependant, pour les patients atteints de lombalgie, il existe une multitude d'approches physiques qui incorporent différents types d'exercices, et pour la grande majorité des personnes atteintes d'une lombalgie chronique non spécifique, l'exercice physique est souvent synonyme de soulagement¹⁰. Lorsque l'on s'intéresse à l'ensemble des patients atteints de lombalgie mécanique chronique non spécifique, aucun exercice n'a été démontré plus efficace qu'un autre¹⁶.

De plus, les preuves sur l'efficacité des exercices sont parfois mitigées, surtout lorsqu'on regarde les données chez les patients atteints de lombalgie non chronique. L'effet positif des exercices chez ces patients est mixte¹⁷. Sans prétendre détenir LA solution, nous avançons que ceci peut principalement s'expliquer par l'hétérogénéité de la population. On sait maintenant que la lombalgie non spécifique représente un groupe très hétérogène de patients et qu'il y aurait plusieurs sous-groupes¹⁸. En fonction des caractéristiques de chaque sous-groupe, certains patients répondraient mieux à différents types d'exercices^{19, 20}. Ainsi, certains types d'exercices seront beaucoup plus bénéfiques que d'autres pour engendrer une amélioration des symptômes chez les patients atteints de lombalgie non spécifique. De là l'importance d'une évaluation méticuleuse par un professionnel de la santé.

Il existe plusieurs types d'exercices pour cette population. De plus, plusieurs approches de traitement sont utilisées par les professionnels de la réadaptation pour les patients lombalgiques. Parmi les plus connues, il y a les exercices de contrôle moteur et/ou de renforcement des muscles stabilisateurs. Dans cette approche, les exercices ont pour but de réactiver les petits muscles stabilisateurs aux niveaux vertébral et abdominal, ainsi que d'améliorer le contrôle moteur (contrôle actif provenant des centres supérieurs) du tronc. Globalement, on peut les classer comme des exercices de « stabilisation », bien qu'il n'y ait pas souvent une instabilité pathologique démontrable chez ces patients. Les preuves en lien avec cette approche sont généralement favorables²¹, surtout lorsque ces exercices sont utilisés auprès du sous-groupe de patients présentant de l'hypermobilité ou un manque de contrôle moteur du tronc (stabilité)¹⁹. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation du concept de stabilité : un manque de stabilité ne veut pas dire que le rachis lombaire du patient est instable²² – il s'agit dans la majorité des cas d'un manque de contrôle

moteur actif et non d'un déficit des structures passives assurant la stabilité du rachis.

D'autres d'exercices ayant fait leurs preuves sont les exercices selon la direction préférentielle²³, parfois nommés « exercices spécifiques ». La direction préférentielle s'identifie à la suite d'une évaluation mécanique (postures soutenues ou mouvements répétés du rachis). La direction préférentielle est définie par la présence du phénomène de centralisation/périphéralisation ou encore si le patient présente une réduction significative de ses symptômes à la suite de mouvements répétés. La centralisation des symptômes se définit comme un déplacement proximal (ex. : hanche vers le dos) ou même l'abolition des symptômes du patient à la suite de mouvements répétés. Pour sa part, la périphéralisation est simplement l'opposé, soit un déplacement distal des symptômes (ex. : bas du dos vers le genou). Le phénomène de centralisation est associé au concept de direction préférentielle, soit la direction qui produit une centralisation des symptômes. Les études rapportent que le mouvement d'extension lombaire est la direction préférentielle la plus prévalente²³. On peut donc placer ces exercices comme étant « spécifiques » à la direction préférentielle du patient. Environ 50-60 % des patients atteints de lombalgie non spécifique ont une direction préférentielle et répondront favorablement à ce type d'exercices^{19, 24, 25}.

D'autres types d'exercices, tel que les exercices aérobiques et d'endurance musculaire (approche plus globale) sont également à considérer puisqu'ils ont une recommandation de classe A selon le plus récent guide de pratique clinique²⁶ sur les lombalgies. Étant donné que leur utilisation ne dépend pas spécifiquement des caractéristiques cliniques du patient, ils peuvent être utilisés auprès d'une clientèle plus large. Toutefois, si un patient présente les caractéristiques typiques du groupe « stabilisation » ou du groupe « exercices spécifiques »,

les résultats seront plus favorables si le bon type d'exercice est utilisé en premier.

Finalement, afin d'atteindre un succès thérapeutique auprès des patients lombalgiques, il n'est pas seulement important de choisir le bon exercice, mais surtout de choisir le bon patient ! Ainsi, le choix des exercices repose avant tout sur une évaluation détaillée du patient afin d'identifier les caractéristiques cliniques qui correspondent au meilleur type d'approche (exercices) pour lui. Plusieurs preuves scientifiques récentes incorporées dans le guide de pratique clinique de Delitto *et al.*²⁶, démontrent que les résultats cliniques de cette approche sont supérieurs à l'utilisation d'une approche générique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *Journal of Spinal Disorders* 200; 13(3): 205-217.
2. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *The Spine Journal* 2008; 8(1): 8-20.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *NEJM* 2001; 344(5): 363-370.
4. Balague F, Mannion AF, Pellise F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012; 2012; 379: 482-491.
5. Krismer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21(1): 77-91.
6. Donelson R. The McKenzie approach to evaluating and treating low back pain. *Orthop Rev* 1990; 19(8): 681-686.
7. Von Korf M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine* 1996; 21(24): 2833-2837.
8. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal* 2003; 12(2): 149-165.
9. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice-challenges and opportunities. *Physical Therapy* 2011; 91(5): 790-803.

10. Chou R, Huffman LH. American Pain Society, American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine* 2007; 147(7): 492-504.
11. Hancock MJ, Maher CG, Laslett M, Hay E, Koes B. Discussion paper: what happened to the 'bio' in the bio-psycho-social model of low back pain? *European Spine Journal* 2001; 20(12): 2105-2110.
12. Koltyn KF. Analgesia following exercise: a review. *Sports Med* 2000; 29(2): 85-98.
13. Scheef L, Jankowski J, Daamen M, Weyer G, Klingenberg M, Renner J, Mueckter S, Schurmann B, Musshoff F, Wagner M, Schild HH, Zimmer A, Boecker H. An fMRI study on the acute effects of exercise on pain processing in trained athletes. *Pain* 2012; 153(8): 1702-1714.
14. Damush TM, Perkins SM, Mikesky AE, Roberts M, O'Dea J. Motivational factors influencing older adults diagnosed with knee osteoarthritis to join and maintain an exercise program. *Journal of Aging and Physical Activity* 2005; 13(1): 45-60.
15. Hoffman MD, Hoffman DR. Exercisers achieve greater acute exercise-induced mood enhancement than nonexercisers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2008; 89(2): 358-363.
16. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2010; 24(2): 193-204.
17. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of Internal Medicine* 2005; 142(9): 765-775.
18. Karayannis NV, Jull GA, Hodges PW. Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison of subgroups through review and developer/expert survey. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012; 13: 24.
19. Stanton TR, Fritz JM, Hancock MJ, Latimer J, Maher CG, Wand BM, Parent EC. Evaluation of a treatment-based classification algorithm for low back pain: a cross-sectional study *Physical Therapy* 2011; 91(4): 496-509.
20. Hebert J, Koppenhaver S, Fritz J, Parent E. Clinical prediction for success of interventions for managing low back pain. *Clin Sports Med* 2008; 7(3): 463-479.
21. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, Cai B, Hua YH, Wu M, Wei ML, Shen HM, Chen Y, Pan YJ, Xu GH, Chen PJ. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *PloS One* 2012; 7(12): e52082.
22. Lederman E. The myth of core stability. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2010; 14(1): 84-98.

23. Surkitt LD, Ford JJ, Hahne AJ, Pizzari T, McMeeken JM. Efficacy of directional preference management for low back pain: a systematic review. *Physical Therapy* 2012; 92(5): 652-665.
24. Long A, May S, Fung T. Specific directional exercises for patients with low back pain: a case series. *Physiotherapy Canada / Physiothérapie Canada* 2008; 60(4): 307-317.
25. Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain. *Spine* 2004; 29(23): 2593-2602.
26. Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ. Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Low back pain. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2012; 42(4): A1-57.

Fibromyalgie : recommandations canadiennes

MARY-ANN FITZCHARLES
ET PETER A. STE-MARIE

La fibromyalgie est un syndrome de douleur corporelle diffuse et chronique dont la cause n'est pas entièrement comprise à ce jour et qui affecte environ 3 % de la population générale. Reconnue comme étant incurable, la fibromyalgie est traitée avec une approche individualisée pour chaque patient ayant l'objectif d'alléger les symptômes les plus troublants qui peuvent inclure, outre la douleur, la fatigue, les troubles de sommeil et d'humeur et les difficultés cognitives, entres autres. Bien que l'arsenal de choix des médecins s'avère souvent être un arsenal de médicaments allant des antidépresseurs aux anticonvulsivants en passant par les opiacés et autres antidouleurs, force est d'admettre que dans la majorité des cas, le soulagement provenant des thérapies pharmacologiques n'est que minime et que la plupart du temps, les effets secondaires viennent compliquer davantage un état de santé déjà fragile. Il est donc primordial de penser aux modalités non pharmacologiques, dont notamment l'activité physique.

Sans se vouloir exhaustif, ce court texte vise à informer le lecteur sur les recommandations actuelles pour le traitement de la fibromyalgie tout en présentant certaines activités physiques précises qui ont été étudiées en fibromyalgie.

La liste de traitements non pharmacologiques en fibromyalgie est assez variée et inclut les traitements complémentaires et alternatifs, l'éducation, les thérapies cognitivo-comportementales et l'activité physique de toute sorte. Bien qu'il existe une panoplie d'options, elles ont toutes un fil conducteur commun, soit le désir de faire progresser les patients d'une attitude passive vers un locus de contrôle interne où le patient devient un participant actif au maintien d'une santé optimale. Ce concept est d'ailleurs partie intégrante des *Lignes directrices canadiennes 2012 pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie* (ci-après lignes directrices canadiennes), où l'on recommande que « les approches non pharmacologiques comprenant la participation active du patient, devraient faire partie intégrale du plan thérapeutique de la prise en charge de la fibromyalgie »¹.

Quelle place doivent occuper les diverses activités physiques dans le traitement de la fibromyalgie? Les lignes directrices canadiennes recommandent que les personnes atteintes de fibromyalgie « devraient participer à un programme d'activité physique adapté de leur choix, afin de retirer les bienfaits globaux pour la santé et les répercussions possibles sur les symptômes de fibromyalgie¹. » Cette recommandation ayant atteint le plus haut niveau de preuve possible quant aux standards de médecine factuelle utilisés par les auteurs des lignes directrices canadiennes, il est possible d'affirmer qu'une composante de chaque plan thérapeutique doit porter sur l'activité physique.

Il va de soi que l'activité physique est recommandée pour tous puisqu'elle fait partie d'un style de vie sain et procure des

bienfaits pour le bien-être global. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré une stratégie mondiale pour promouvoir les bienfaits de l'activité physique pour tous, peu importe l'âge, dans une optique d'améliorer la prévention de maladies non transmissibles et de dépression. Les patients atteints de fibromyalgie ne font pas exception et doivent eux aussi chercher à maximiser leur capacité physique.

Contrairement à certaines craintes formulées par des patients fibromyalgiques réticents à entreprendre un programme d'activité physique, une étude récente démontre que l'activité physique ne causera pas d'exacerbation de douleur liée à la fibromyalgie². C'est donc dire que si l'activité physique est faite de manière sécuritaire, elle ne causera pas de « dommages ». Quant au choix du type d'activité physique, ce dernier revient à chaque patient à la suite d'une discussion avec son médecin traitant, puisque les études démontrent qu'il n'y a pas véritablement de programme d'activité physique supérieur aux autres. Il revient donc au patient de se trouver une activité physique qui lui est plaisante et abordable afin de favoriser l'adhésion¹.

À l'occasion d'une revue Cochrane en 2007 incluant 34 études de types d'activités physiques étudiées en fibromyalgie, les auteurs ont conclu que l'activité aérobique supervisée est bénéfique puisqu'elle engendre une amélioration de la capacité fonctionnelle physique et un apaisement des symptômes de fibromyalgie³. Une méta-analyse de 2010 a confirmé ces bienfaits tout aussi présents en aérobie aquatique que sur terre⁴. La musculation avait aussi certains effets bénéfiques sur les symptômes bien que les études ne sont pas d'aussi bonne qualité³. Bien que les effets bénéfiques aient été démontrés pour ces types d'activités physiques, il est de mise de préciser que les bénéfices n'ont été mesurés que sur le court terme puisqu'il existe un manque d'études à long terme pour ces types d'intervention. Malgré ce manque de validation scien-

tifique sur le long terme, il est intuitivement souhaitable que les patients fibromyalgiques incluent l'activité physique dans une perspective à long terme afin de maintenir une santé optimale.

Depuis la publication des lignes directrices, de nouvelles études ont été publiées démontrant elles aussi qu'en réalité, toutes sortes de formes d'activités physiques sont bénéfiques en fibromyalgie et qu'il n'y a pas de risque de causer des torts aux patients qui s'y adonnent. Celles-ci incluent aussi des activités qui comportent une composante méditative tels le Qigong, le Tai-Chi et le Yoga. Une méta-analyse récente de ces exercices de type « médecine complémentaire et alternative » démontre que bien que les études soient de qualité modérée, on note une réduction de la douleur causée par la fibromyalgie. De plus, en fonction du manque d'effets secondaires, il n'y a pas de véritable risque d'entreprendre ce type d'activité physique.

En conclusion, il est possible d'affirmer que tous les patients atteints de fibromyalgie devraient se trouver une activité physique plaisante pour le maintien d'une santé optimale, peu importe l'activité choisie. En lien avec les recommandations des lignes directrices canadiennes, ceci permettra au patient de devenir un participant actif dans le traitement de sa maladie. De plus, le patient pourra discuter avec son médecin dans le but de se fixer des objectifs atteignables et mesurables qui permettront de mesurer le progrès.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fitzcharles M-A *et al.* Lignes directrices canadiennes 2012 pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie. 2012 [cited 2013, August 6th]; Available from: <http://rheum.ca/images/documents/2012CanadianFMGuidelinesFR.pdf>.
2. Kaleth AS, Saha CK, Jensen MP, Slaven JE, Ang DC. Effect of moderate to vigorous physical activity on long-term clinical outcomes and pain severity in fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013; 65(8): 1211-1218.

3. Busch AJ, Barber AJ, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 4: CD003786.

4. Hauser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, Busch A. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Research & Therapy* 2010; 12(3): R79.

Intégrer l'activité physique pour une gestion optimale de la fibromyalgie

ÉMILIE LAGUEUX

Le syndrome de la fibromyalgie est une maladie chronique caractérisée par une douleur diffuse qui s'accompagne de fatigue, de trouble du sommeil¹, de changements neurocognitifs, de perturbations de l'humeur et d'autres manifestations somatiques¹. En absence de traitement curatif, la prise en charge idéale devrait englober des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, dans un contexte d'une approche multi facettes, et ce, avec la participation active du patient, modulée par un fort locus de contrôle². L'approche préconisée doit être personnalisée et orientée sur la réduction des symptômes et l'optimisation du fonctionnement². Le traitement non pharmacologique pour sa part devrait comprendre un volet éducatif, une dimension psychologique et un traitement lié à l'activité physique. Dans la gestion de la fibromyalgie, il est reconnu que l'activité physique procure des bienfaits quant au bien-être global, à la capacité fonctionnelle ainsi qu'à la douleur. En fait, l'activité physique constitue le premier élément recommandé dans le cadre d'un programme thérapeutique à composantes multiples^{3, 4, 5}.

Dans les dernières années, de nombreuses formes d'activité physique ont été étudiées chez la population atteinte de la fibromyalgie à l'aide d'essais contrôlés randomisés de haute qualité³. L'activité physique dite traditionnelle englobe notamment l'aérobic, la musculation, les étirements, les exercices aquatiques et les programmes d'exercices mixtes.

Une revue systématique récente incluant 35 essais contrôlés randomisés sur l'activité physique chez des patients atteints de la fibromyalgie rapporte qu'un programme régulier d'activité aérobic engendre une réduction de la douleur, de la fatigue et des humeurs dépressives, en plus d'améliorer la qualité de vie et la condition physique⁶. Cette revue souligne que pour l'obtention de bienfaits, le programme d'aérobic devrait être composé d'activité physique d'intensité modérée* puisqu'une activité aérobic de faible intensité (< 50 % fréquence cardiaque maximale**) n'engendrerait pas d'amélioration significative. Une activité aérobic réalisée à raison de 2 ou 3 fois par semaine pendant au moins 4 à 6 semaines serait nécessaire pour l'obtention d'une réduction de symptômes⁶. Cette revue rapporte également que ni le programme d'exercices mixtes, comprenant l'aérobic, la musculation ou les étirements, ni les exercices aquatiques ne seraient plus efficaces que l'activité aérobic seule. Les recommandations émises pour la pratique clinique soulignent que les personnes doivent entreprendre leur activité aérobic à un niveau juste en dessous de leur capacité initiale. L'objectif étant de progressivement augmenter la durée ainsi que l'intensité de

* Activité physique d'intensité modérée : sur une échelle absolue, il s'agit d'une activité physique dont l'intensité est 3 à 5,9 fois supérieure à l'intensité du repos. Si l'on considère la capacité personnelle d'un individu (FC max), sur une échelle de 0 à 10, elle est généralement de 5 ou de 6 (Physical Activity Guidelines for Americans, 2008).

** Fréquence cardiaque maximale = $(208 - [0,7 \times \text{âge}])$ (Tanaka H, Monahan KD, Seals DR. Age-predicted maximal heart rate revisited. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 34 : 153-156).

l'activité, et ce, jusqu'à ce qu'ils l'exercent, avec une intensité faible à modérée, pendant 20 à 30 minutes à raison de 2 ou 3 fois par semaine.

Une étude récente menée par Lemos *et al.* recommande d'utiliser la formule de Karnoven pour prescrire une activité cardiorespiratoire pour les personnes atteintes de la fibromyalgie⁷. La fréquence cardiaque cible sera obtenue en multipliant la fréquence cardiaque maximale par 52 % à 60 % pour une personne sédentaire et par 75 % à 85 % pour une personne entraînée. Toutefois, il ne semble pas nécessaire d'évaluer la fréquence cardiaque pendant l'activité aérobique pour obtenir l'intensité optimale. Il est plutôt conseillé de faire preuve d'une intensité à laquelle la personne est légèrement essoufflée, mais capable de parler couramment avec une autre personne. Pour une même fréquence cardiaque, le patient atteint de la fibromyalgie aura tendance à percevoir l'effort comme étant plus intense qu'une personne non atteinte⁸. Par conséquent, la perception générale de l'effort qu'a le patient est plus importante que l'atteinte d'une fréquence cardiaque cible. Sur l'échelle de perception de l'effort de Borg, le patient devrait obtenir un score de 2/10 ou 3/10, ce qui correspond à un effort allant de facile à modéré⁹.

Une revue systématique récemment menée sur le rôle de l'activité physique dans le traitement de la fibromyalgie qui comprenait 45 essais contrôlés randomisés soulève que la musculation est associée à des améliorations significatives du bien-être global et de la capacité physique, tandis que le programme d'exercices mixtes, incluant l'aérobic et/ou la musculation et/ou les exercices de flexibilité, a démontré des bienfaits sur la douleur et également la capacité physique¹⁰. Ces effets positifs ont aussi été obtenus avec les exercices aérobiques aquatiques^{6,10}, mais il semble que l'aérobic (au sol) engendre des effets supérieurs à ceux de l'exercice aérobique aquatique¹⁰.

Dans les dernières années, des chercheurs ont étudié les effets d'un plus large éventail de formes d'activité physique tels que le Pilates, le tai-chi, le Qigong, le yoga, la marche nordique et l'usage de la plate-forme vibrante.

En 2009, Atlán *et al.*¹¹ ont étudié les effets d'un programme d'exercices de Pilates de 12 semaines chez 49 femmes atteintes de la fibromyalgie. Ils ont démontré que les exercices de Pilates procureraient un soulagement de la douleur. Par contre, les bienfaits engendrés n'ont pas perduré dans le temps principalement en raison du manque d'adhésion au traitement¹¹. Pour sa part, le tai-chi, qui comporte un volet physique et un volet mental, convient parfaitement aux personnes atteintes de la fibromyalgie. Dans un essai contrôlé randomisé, Wang *et al.*¹² ont rapporté une amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des participants aux exercices de tai-chi, et ce, au-delà des bienfaits qui sont généralement rapportés pour l'exercice et les interventions pharmacologiques. Pour la pratique du Qigong, les résultats d'un essai contrôlé randomisé mené auprès de 100 patients atteints de la fibromyalgie rapportent des améliorations significatives sur la douleur, le sommeil, la capacité physique et mentale, et cela, pour une période allant jusqu'à six mois¹³. En ce qui a trait à la pratique du yoga, un essai contrôlé randomisé mené chez 53 femmes atteintes de la fibromyalgie rapporte que la pratique hebdomadaire supervisée de 120 minutes de yoga pendant 8 semaines améliore significativement les symptômes et la capacité fonctionnelle¹⁴. Dans le cadre de cette étude, les femmes étaient encouragées à pratiquer le yoga à domicile à raison de 5 à 7 fois par semaine durant 20 à 40 minutes. Quant à la marche nordique, Mannerkorpi *et al.*¹⁵ soulignent les bienfaits mitigés d'un programme aérobique de marche nordique mené auprès de 34 femmes atteintes de la fibromyalgie. Après 15 semaines de marche nordique d'intensité modérée à élevée, réalisée 2 fois par semaine, les femmes démontraient une amélioration

de leur capacité fonctionnelle, mais aucune amélioration de la sévérité de la douleur n'a été engendrée. Finalement, l'usage de la plate-forme vibrante (Biodex) représente une alternative relativement nouvelle pour améliorer l'équilibre dynamique des personnes atteintes de la fibromyalgie¹⁶.

Les récents travaux de McLoughlin *et al.* indiquent que la plupart des femmes atteintes de la fibromyalgie sont moins actives physiquement que les femmes en bonne santé¹⁷. Bien que l'activité physique soit recommandée, il est souvent difficile pour les personnes atteintes de la fibromyalgie d'exercer régulièrement une activité physique afin d'en tirer profit. Pour contrer ce manque d'activité physique chez les personnes atteintes de la fibromyalgie, une équipe de recherche, via un essai contrôlé randomisé mené auprès de 84 patients, a étudié les bénéfices de l'activité physique d'intensité modérée intégrée à la vie quotidienne (par exemple, utiliser les escaliers plutôt que les ascenseurs, se stationner plus loin de sa destination pour marcher davantage). Les résultats obtenus avec l'intégration d'activité physique à la vie quotidienne démontrent que les participants du groupe expérimental ont amélioré significativement leurs capacités fonctionnelles et leur douleur¹⁸. Évalués à l'aide du podomètre, les participants du groupe expérimental ont augmenté de 54 % leur niveau d'activité physique quotidienne. Supportés par un taux d'adhésion au programme de 87 %, les auteurs rapportent que cette approche conviendrait mieux aux patients atteints de la fibromyalgie que les programmes classiques d'activité physique¹⁸. Les bienfaits ne se sont pas maintenus lors des évaluations de suivi (6 et 12 mois), mais les participants ont rapporté une plus grande amélioration de leur condition perçue¹⁹.

La prescription d'activité physique pour cette clientèle exige du savoir-faire. Le processus doit débuter par un examen médical, comprenant le dépistage des risques cardiovasculaires. Les comorbidités communes, les troubles du sommeil,

le dysfonctionnement du système autonome et les troubles de l'équilibre devraient être évalués et traités²⁰. Lors de l'élaboration du programme d'activité physique, les caractéristiques individuelles (condition physique, capacité fonctionnelle, sévérité des symptômes) se doivent d'être considérées. Bien que les résultats les plus constants aient été démontrés pour l'aérobie et la musculation, les préférences des patients devraient guider la prescription d'activité physique. L'intensité et la durée de l'activité devraient être réduites si les symptômes s'amplifient, mais augmentées de 10 % après 2 semaines d'activité si aucun symptôme aggravant ne se manifeste.

Il est essentiel d'aviser dès le départ la personne des éventuelles augmentations de douleur et de fatigue à court terme que procure l'activité physique, mais qu'exercée avec une intensité appropriée, les symptômes diminueront progressivement avec la pratique. Ces effets négatifs peuvent être associés à des taux élevés d'abandon. La littérature scientifique suggère qu'environ 40 % des patients atteints de la fibromyalgie affichent un niveau élevé de la peur du mouvement et par conséquent un comportement d'évitement face à l'activité physique²¹. Ces résultats soulignent l'importance de considérer cet aspect lors de la prescription d'activité physique.

Promouvoir le sentiment d'efficacité personnelle est l'un des principes fortement conseillés lors de la prescription d'activité physique pour favoriser l'adhérence et réduire le taux d'abandon²⁰. Le sentiment d'efficacité personnelle définie par Bandura constitue la croyance que possède un individu en sa capacité de réaliser avec succès une tâche, comme la participation régulière à une activité physique, ce qui le motive à s'engager dans l'action et à persévérer pour l'atteinte de l'objectif, tel que des bienfaits sur sa capacité fonctionnelle et l'amélioration des symptômes²². Pour aider les personnes atteintes de la fibromyalgie, le clinicien doit proposer un programme comprenant des objectifs précis et réalistes

menant à un succès²⁰. Il est recommandé d'éviter les activités physiques trop exigeantes qui mènent à une exacerbation des symptômes et de miser plutôt sur un départ très lent et une évolution progressive de l'activité physique. L'influence positive des pairs exerçant avec succès une activité physique et la persuasion verbale amenant la personne à croire qu'elle possède les capacités pour accomplir l'activité physique influencent positivement la construction du sentiment d'efficacité personnelle²².

La compilation d'un journal de bord et l'usage d'un podomètre durant l'activité physique peuvent aider à structurer et motiver les personnes atteintes de la fibromyalgie²³. Finalement, intégration des stratégies actives d'autogestion des symptômes et la participation à un programme d'éducation de groupe est recommandé et supporté par les lignes de pratique clinique pour la fibromyalgie².

Sans aucun doute, pour obtenir les bienfaits de l'activité physique, il faut s'assurer qu'elle soit pratiquée de façon régulière et à long terme. La personnalisation est un concept central dans l'accompagnement de la clientèle atteinte de la fibromyalgie. Peu importe la forme d'activité physique, elle se doit d'être réalisée lentement et progressivement. Rappelez-vous, la meilleure prescription d'activité physique sera celle qui est significative et qui procure du plaisir à la personne qui s'y adonne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mease P, Arnold LM, Choy EH *et al.* Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct. *J Rheumatol* 2009; 36(10): 2318-2329.
2. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL *et al.* 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag* 2013; 18(3): 119-126.

3. Busch AJ, Webber SC, Brachaniec M *et al.* Exercise therapy for fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2011; 15: 358-367.
4. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P *et al.* Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: Part 2. *Phys Ther* 2008; 88(7): 813-886.
5. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P *et al.* Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: Part 1. *Phys Ther* 2008; 88(7): 857-871.
6. Hauser W, Kloser P, Langhorst J *et al.* Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010; 12(3): R79.
7. Lemos MC, Valim V, Zandonade E *et al.* Intensity level for exercise training in fibromyalgia by using mathematical models. *BMC Musculoskelet Disord* 2010; 11: 54.
8. Nielens H, Boisset V, Masquelier E. Fitness and perceived exertion in patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000; 16(3): 209-213.
9. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14(5): 377-381.
10. Busch AJ, Overend TJ, Schachter CL. Fibromyalgia treatment: the role of exercise and physical activity. *Int J Clin Rheumatol* 2009; 4: 343-380.
11. Atlan L, Korkmaz N, Bingol U *et al.* Effect of Pilates training on people with fibromyalgia syndrome: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 1983-1988.
12. Wang C, Schmid CH, Rones R *et al.* A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Eng J Med* 2010; 363: 743-754.
13. Lynch M, Sawynok J, Hiew C *et al.* A randomized controlled trial of qigong for fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2012; 14(4): R178.
14. Carson JW, Carson KM, Jones KD *et al.* A pilot randomized controlled trial of the Yoga of awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain* 2010; 151: 530-539.
15. Mannerkorpi K, Nordeman L, Cider A *et al.* Does moderate-to-high intensity Nordic walking improve functional capacity and pain in fibromyalgia? A prospective randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther* 2010; 12(5): R189.
16. Gusi N, Parraca JA, Olivares PR *et al.* Tilt vibratory exercise and the dynamic balance in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res* 2010; 62: 1072-1078.
17. McLoughlin MJ, Colbert LH, Stegner AJ *et al.* Are women with fibromyalgia less physically active than healthy women? *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43: 905-912.
18. Fontaine KR, Conn L, Claw DJ. Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial. *Arthritis Res Ther* 2010; 12: R55.

19. Fontaine KR, Conn L, Claw DJ. Effects of lifestyle physical activity in adults with fibromyalgia: results at follow-up. *J Clin Rheumatol* 2011; 17: 64-68.
20. Jones KD, Liptan GL. Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35: 373-391.
21. Nijs J, Roussel N, Van Oosterwijck J *et al.* Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice. *Clin Rheumatol* 2013; 32(8): 1121-1129.
22. Mailys Rondier. « A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle », *L'orientation scolaire et professionnelle*. 2004; 33/3: 475-476.
23. Tudor-Locke C, Lutes L. Why do pedometers work?: a reflection upon the factors related to successfully increasing physical activity. *Sports Med* 2009; 39: 981-993.

**IMAGE DU CORPS
CHEZ LE PATIENT QUI
SOUFFRE DE DOULEUR
CHRONIQUE**

Image du corps chez les patients qui souffrent de douleur chronique : aspects psychosomatiques

ANNE-FRANÇOISE ALLAZ

Les thérapeutes du corps reçoivent régulièrement des patients souffrant de douleurs chroniques rebelles qui durent souvent depuis des années. Ces douleurs intenses ont des répercussions majeures sur la vie personnelle et professionnelle. Elles peuvent mener à une incapacité fonctionnelle importante. En l'absence de substratum organique pouvant expliquer la symptomatologie, de la perplexité ou des sentiments d'impuissance peuvent survenir chez les thérapeutes¹. Il est proposé ici d'aborder les modalités d'expression de la détresse que représentent les plaintes douloureuses chroniques rebelles autour de trois axes en lien avec le champ psychosomatique : la notion de somatisation, la notion d'hypocondrie et la dimension traumatique. Des propositions d'approches thérapeutiques terminent cet exposé.

LA NOTION DE SOMATISATION

Somatisation : « présentation d'une souffrance intrapsychique ou psychosociale par le biais d'une plainte corporelle, suivie d'une consultation médicale ». Cette définition du processus de somatisation de Pilowski offre le bénéfice d'une vision très ouverte. Elle permet de considérer la somatisation comme une modalité de communication de la détresse plutôt que comme un problème et d'éviter la dualité corps-esprit.

À la suite de la description par Freud de la « conversion » d'un conflit intrapsychique en un symptôme corporel, l'expression de la souffrance affective par un canal corporel a été largement décrite : c'est notamment le cas lors d'états dépressifs, d'états anxieux ou lors du deuil. Dans toutes ces conditions, la souffrance peut prendre le masque de la douleur ou de diverses sensations désagréables : étau, serrements, etc. – plus ou moins accompagnées de ressentis d'ordre psychologique.

Dans la pratique journalière, ces situations sont loin d'être rares. Rappelons tout d'abord que la douleur est sans conteste le mode de somatisation le plus fréquent, autant dans les pays occidentaux que dans d'autres cultures². La douleur est par ailleurs l'un des modes classiques de présentation d'un état dépressif. Une grande étude européenne a montré que 50 % des patients souffrant d'un état dépressif majeur présentaient des douleurs³ et il est estimé que 20 à 50 % des patients souffrant de douleurs chroniques présentent un état dépressif. Les deux entités présentent de nombreux points communs neurobiologiques, cliniques et thérapeutiques⁴. La proximité est telle que le postulat d'un « spectre d'expression » de la dépression allant du purement affectif à la présentation de douleurs a été évoqué, notamment à propos de la fibromyalgie. L'anxiété quant à elle peut également se présenter sous forme d'états douloureux⁵. C'est classiquement le cas des douleurs thoraciques atypiques dont un certain nombre peuvent être attribuées à des attaques de panique.

Modèles explicatifs

Différents modèles cherchent à expliquer le ressenti corporel d'un trouble affectif^{6,7}. Au plan neurophysiologique, l'intrication sensorielle et émotionnelle est évidente⁶ et l'abaissement du seuil de la douleur par les états dépressifs et anxieux a été bien décrit⁸. Récemment, la mise en évidence d'une «sensibilisation centrale» (*central sensitization*) a montré que la douleur n'avait pas toujours une origine périphérique, mais qu'elle pouvait provenir d'un abaissement des seuils et d'une hyperalgésie au niveau central. Le concept de «syndromes de sensibilité centrale» décrit ainsi des syndromes douloureux, sans pathologie structurelle dont la fibromyalgie est l'exemple le mieux étudié⁹. Au plan psychologique, l'abaissement du niveau «d'alarme» et l'attention sélective à la région douloureuse, bien décrits dans les états anxieux, peuvent contribuer à l'hyperalgésie autant qu'à la difficulté à banaliser une sensation corporelle.

Sur le plan de la vulnérabilité personnelle, la régulation de la détresse peut être exprimée de manière privilégiée par des ressentis corporels plutôt qu'affectifs. C'est particulièrement le cas lors de liens d'attachement précoces peu sûrs, qui sont fortement corrélés à la présentation d'états corporels douloureux, tant chez les enfants que chez les adultes. Les recherches récentes montrent que ce «primat du perceptif» aurait des composantes autant neurobiologiques que comportementales (apprentissage, renforcements et conditionnement opérant), voire épigénétiques¹⁰.

Enfin, au plan psychodynamique, la difficulté à exprimer les affects, classiquement conceptualisée par la notion d'«alexithymie» (pas de mots pour exprimer les émotions), a été régulièrement associée à la somatisation et à la douleur chronique en particulier¹¹. Elle peut prendre racine dans la maltraitance, l'abandon ou les traumatismes infantiles^{7, 10} qui entraînent des difficultés de gestion des conflits et de création de liens interpersonnels de confiance.

DIMENSION DU TRAUMA

Les événements traumatiques ou ressentis comme tels ont une influence démontrée sur l'expérience de la douleur sans qu'il s'agisse pour autant de liens directs ou objectifs de causalité. Corroborant les recherches menées par les psychosomaticiens sur l'alexithymie, de nombreuses études concernant différentes localisations douloureuses retiennent une association entre la négligence ou l'abus infantile et la persistance de douleurs chroniques¹². Rappelons également la fréquence des douleurs chroniques associées au trouble de stress post-traumatique (TSPT) et la possibilité qu'un événement traumatique ancien soit remémoré dans une condensation traumatique, pouvant expliquer la gravité d'événements considérés comme mineurs par un observateur extérieur.

Ces situations sont fréquemment associées à un sentiment d'être une victime, voire une victime incomprise¹³. Le « catastrophisme » comprenant des ruminations sur la douleur et un sentiment d'impuissance peut encore aggraver le vécu douloureux. Dans la même dynamique, le sentiment d'injustice a récemment attiré un intérêt renouvelé. À la suite de travaux canadiens¹⁴, nous avons montré que 40 % des patients de notre consultation considéraient leur douleur comme une injustice et que ce vécu était fortement corrélé à une vision pessimiste quant à la possibilité de sa disparition¹⁵.

HYPOCONDRIE – PEUR-ÉVITEMENT

La dimension de « l'hypocondrie », c'est-à-dire le vécu menaçant de sensations corporelles banales accompagné de l'incapacité à être rassuré, a également retenu l'intérêt des psychosomaticiens. De manière très résumée, les hypothèses psychodynamiques rattachent l'hypocondrie à un surinvestissement de l'organe (ou du corps en général) au détriment des liens avec des personnes significatives externes¹⁶. Dans la

pratique clinique des algologues, une certaine tonalité hypochondriaque est très présente. Elle prend notamment l'allure de représentations anxieuses – comme la crainte de devenir paralysé si fréquente chez les patients lombalgiques – de conviction d'atteinte corporelle: «il doit y avoir quelque chose», «le chirurgien a coupé un nerf, oublié une compresse» ou encore de demandes répétées d'imagerie.

Les préoccupations anxieuses pour le corps peuvent également se manifester par les différentes facettes de la peur-évitement dont en particulier la «peur-évitement du mouvement», autrement dit la kinésiophobie, qui décrit une crainte d'avoir mal lors d'un mouvement et qui peut mener à des immobilisations sévères. De fait, la kinésiophobie serait un prédicteur d'incapacité plus important encore que l'intensité de la douleur. À ce titre, elle représente l'une des cibles centrales des thérapies cognitivo-comportementales¹⁷.

APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Accueillir la plainte

Alors que les réflexions du champ psychosomatique sur la douleur repèrent les dimensions psychologiques et inconscientes de celle-ci, les patients qui souffrent de douleurs chroniques présentent, nous l'avons vu, une fréquente difficulté ou réticence à exprimer leur détresse verbalement et nous présentent une souffrance du corps. Il est indispensable que cette dernière soit acceptée, reconnue dans sa présentation et légitimée par le thérapeute. Les enjeux sont d'éviter des malentendus et de créer un lien de confiance¹.

Proposer une vision intégrée

L'exploration soigneuse de l'histoire de la douleur et de la personne qui en souffre permet de discuter avec le patient de la complexité des influences agissant sur l'expérience doulou-

reuse. Ces points pourront servir de base à un travail interpersonnel ou psychothérapeutique personnalisé. Un trouble affectif identifié pourra être traité. Il sera également utile d'accompagner le patient vers une diminution de son « comportement-maladie » ou « rôle de victime » par une légitimation sincère, une exploration de scénarios alternatifs et un encouragement à la reprise de contrôle, pour aller dans le sens d'un réinvestissement d'activités et de liens.

S'intéresser au corps

Il arrive cependant que l'élargissement de la plainte à ses dimensions psychosociales soit particulièrement délicat. Les difficultés à ressentir ou verbaliser les émotions, le sentiment d'injustice, ainsi que la difficile gestion des tensions interpersonnelles et les difficultés à faire confiance expliquent la fréquente réticence – voire le rejet franc – de toute prise en charge d'allure psychothérapeutique. Une position relationnelle valorisante et empathique plutôt que confrontative peut être recommandée dans ces contextes¹. Par ailleurs, dans ces situations, le passage par le biais du corps (examen physique répété, thérapies ciblées sur une mobilisation progressive, kinésithérapie et ergothérapie, thérapies corporelles) peut beaucoup faciliter l'alliance thérapeutique.

Cibler le catastrophisme

Aider le patient à diminuer son « catastrophisme » concerne tous les thérapeutes, en particulier les thérapeutes du corps¹⁸. Il s'agit de travailler par petites étapes en encourageant le patient à reprendre confiance en ses capacités et à se remobiliser (très) progressivement « malgré la douleur ». Une reprise de l'activité basée sur des quotas à atteindre plutôt que sur la douleur est fortement recommandée. Il s'agit d'éviter que l'arrêt du mouvement pour des motifs « antalgiques » soit

considéré comme une solution – alors qu’il représenterait en réalité un renforcement négatif – en valorisant au contraire les efforts du patient pour atteindre une cible fixée – encouragements qui représentent un renforcement positif¹⁷.

Accompagner le recentrage sur l'expérience personnelle et les ressources

Les approches regroupées sous l'appellation de thérapies « de pleine conscience » (*mindfulness*) sont intéressantes car elles insistent sur le ressenti de la douleur qui est exploré pour être mieux maîtrisé plutôt que rejeté¹⁹. Ces méthodes peuvent être appliquées autant pendant une prise en charge physique (physiothérapie) qu'en séances de psychothérapie.

Quelles que soient les approches thérapeutiques utilisées, le rôle de l'implication du patient, et de la valorisation des efforts ne doit pas être sous-estimé. Un travail commun de mise en évidence des ressources et un engagement mutuel dans le traitement proposé permettent d'offrir le soutien motivant d'une alliance thérapeutique dans laquelle peut se projeter de l'espoir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Allaz AF. *Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques rebelles*; Éditions Médecine & Hygiène, Genève, 2003.
2. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001; 92: 195-200.
3. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R *et al.* Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss and help seeking. *J Affect Disord* 2006; 92: 185-193.
4. Rentsch D, Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A, Allaz AF. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? *Rev Med. Suisse* 2009; 5: 1364-1369.
5. Asmundson GJG, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety* 2009; 26: 888-901.

6. Duquette M, Roy M, Leporé F, Peretz I, Rainville P. Mécanismes cérébraux impliqués dans l'interaction entre la douleur et les émotions. *Revue Neurologique* 2007; 163: 169-179.
7. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Schubiner H, Keefe FJ. Pain and Emotion: A biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychol* 2011; 67: 942-968.
8. Rhudy JL, Meagher MW. Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. *Pain* 2000; 84: 65-75.
9. Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner E, Finckh A, Cohen P, Dayer P, Vischer TL. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 1420-1429.
10. Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform Pain: A Developmental Theory and Translational Research Review. *Psychosomatic Medicine* 2012; 74: 717-727.
11. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 2008; 70: 716-722.
12. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 2005; 21: 398-405.
13. Cedraschi C, Girard E, Luthy C, Kossovsky M, Desmeules J, Allaz AF. Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *J Psychosom Res* 2013; 74: 265-269.
14. Sullivan MJL, Scott W, Trost Z. Perceived injustice. A risk factor for problematic pain outcomes. *Clin. J Pain* 2012; 28: 484-488.
15. Rentsch D, Piguet V, Cedraschi C, Besson M, Kossovsky M, Allaz AF. Association between perceived injustice and patients' views about chronic pain disappearance. *J Psychosom Res* 2013; 74: 556.
16. *L'Hypocondrie*. Sous la direction de Aisenstein M, Fine A, Pragier G. Monographie de la Revue française de Psychanalyse, 1995.
17. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 2000; 5: 317-332.
18. Sullivan MJL, Adams H, Sullivan ME. Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain* 2004; 107: 220-226.
19. Weber B, Jermann F, Lutz A, Bizzini L, Bondolfi G. Approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness): utilité pour le traitement de la douleur. *Rev Med. Suisse* 2012; 8: 1395-1398.

Corps, douleur et psychanalyse

CYNTHIA FLEURY

La philosophie a ceci de commun avec le phénomène de la douleur chronique qu'elle renvoie au récurrent d'une souffrance, à une part d'incurable, qu'on ne peut soigner ou qu'on ne parvient pas à soigner, à une atteinte capacitaire de l'individu. La douleur chronique est créatrice de vulnérabilité, de dynamique non capacitaire, de fin de transformation de la liberté en choix de vie possibles. Elle se définit comme une forme de préemption d'énergie vitale, une captation de l'énergie à des fins non utiles et non voulues.

Terrible paradoxe : le corps sain a rarement conscience de lui-même. Prendre conscience de son corps se joue souvent lors de l'expérience de la douleur. Mais un corps souffrant est-il pour autant un sujet ? Loin de là. Si l'expérience d'une douleur ponctuelle peut réveiller la conscience, la douleur chronique aiguise la conscience d'un sujet disparaissant, perdant peu à peu sa capacité de subjectivation.

La philosophie platonicienne dénonçant l'illusion du plaisir n'empêche pas la permanence d'un itinéraire, décrit

par Jankélévitch¹, comme « *ordo voluptatis* ». « L'attrait du plaisir est [...] aussi évident que l'axiome d'identité² », écrit-il. Certes, Jankélévitch ne certifie pas la réalité ontique du plaisir, de sorte que la recherche du plaisir dirait la vérité transcendante d'un être. Pour autant, il y a quelque chose de cela. « Le plaisir est chose si importante, si décisive que sans lui rien ne commence³ ». La douleur chronique n'est pas simple douleur. Elle est réitération de cette douleur, dans le moindre geste quotidien. Autant dire qu'elle est l'anticipation et la réalisation effective de l'absence de plaisir. Le désir de plaisir qui est structurel à un sujet est là impossible. Un corps en douleur chronique, c'est un corps à qui est refusée la dimension constitutive du plaisir, celle qui valide la différence du sujet. Ce n'est plus seulement une affaire de douleur physique, c'est une affaire de douleur morale, c'est l'anticipation que désormais le manque n'a plus de leurre, ou d'illusion pour rendre son vécu plus aisé. La douleur, chronique de surcroît, révèle au sujet qu'il n'est pas dans son fondamental, dans son lieu, dans son transcendantal. La douleur chronique, ce n'est pas seulement avoir mal, c'est ne plus trouver sa place, ne pas avoir de lieu jusqu'à ne pas avoir lieu.

C'est également la découverte d'une autre règle. Celle de l'absence de réciprocité entre le plaisir et la douleur. En effet, souffrir ne donne droit à rien. À la question « quelle ressemblance ou symétrie y a-t-il entre ce plaisir et la douleur qui en est censément le prix⁴ ? », on peut répondre : aucune. L'adage qui consiste à justifier la douleur par son apport d'un bonheur futur est déconstruit. Autrement dit, souffrir est toujours une double peine, celle d'avoir mal, et celle de ne rien pouvoir

1. Jankélévitch, *Traité des vertus I, Le sérieux de l'intention*, Champs Flammarion, 1983.

2. *Ibid.*, p. 93.

3. *Ibid.*, p. 92.

4. *Ibid.*, p. 102.

capitaliser autour de cette douleur. Souvent, l'expérience de la douleur, ponctuelle, produit un enseignement moral et physique. Mais la douleur chronique semble précisément empêcher la leçon d'advenir. Connaître la douleur chronique, c'est savoir qu'on ne peut plus capitaliser sur rien, que l'on devient précisément improductif, incapacitaire au sens d'Amartya Sen, soit, incapable de transformer sa liberté en choix de vie. La douleur chronique, ce n'est pas simplement avoir mal, c'est avoir mal tout le temps même lorsque ce mal n'est plus, c'est pénétrer la sphère de la vulnérabilité, de la dynamique négative, de la spirale incapacitaire. Même si rien ne change, le fait d'avoir toujours mal crée la dégradation et le sentiment renforcé de sa dégradation.

La douleur c'est le logos inversé. Le moment où la parole n'a plus d'effet. Or, l'homme est *homo loquens*, *homo sapiens loquendi*. « La douleur est la sanction⁵ ». Elle est l'immédiateté. Ce à quoi on ne peut faire médiation. La parole peut toujours donner le change et s'interposer. Là, entre la douleur chronique et le sujet, plus rien ne s'interpose. « La douleur, survenant à même le corps, notre objet-sujet, exclut tous ces tampons amortisseurs et ces glacis que le logos interpose entre le danger et moi⁶ ». Le grand médiateur universel, qu'est le langage, trouve là son adversaire: « la douleur essentialise l'ipséité, et par conséquent met à nu l'unicité de ma destinée morale et l'impossibilité de confondre le moi avec le toi [...]. Le logos indifférent et neutre interchange le Je et le Tu dans un monde d'approximation où il n'y a plus que le quelconque, c'est-à-dire n'importe quoi. La douleur est la preuve vécue du nominalisme⁷. »

On se dit alors que la douleur est la preuve du sujet. Mais ce n'est pas si simple. Car si elle est la preuve de l'ipséité, elle

5. *Ibid.*, p. 174.

6. *Ibid.*, p. 174.

7. *Ibid.*, p. 176.

reste une « intériorité sans vie intérieure », autrement dit, le sujet se sent d'autant moins sujet qu'il connaît l'expérience douloureuse. Le sujet se sent profondément nié dans son sujet.

La douleur chronique, c'est également la peur d'être accusé de mythomanie, de narcissisme déplacé, d'hystérie larvée. En somme, non pas le corps qui souffre mais le sujet qui n'est pas en place et qui demande reconnaissance pour aller mieux. La maladie, la douleur, comme alibi d'un sujet défaillant.

Molière en dresse le portrait, avec une ironie terrible, dessinant une dialectique entre le malade imaginaire et le médecin charlatanesque, le tout formant un spectacle des plus divertissants et typiques des jeux sociaux ambiants. Un jeu social qui n'échappe pas à Toinette, répliquant à Argan, son maître : « Ce Monsieur Fleurant-là et ce Monsieur Purgon s'égayent bien sur votre corps ; ils ont en vous une bonne vache à lait ; et je voudrais bien leur demander quel mal vous avez, pour vous faire tant de remèdes⁸ ». Et Argan, tout à sa posologie, de s'interroger avec sérieux : « Monsieur Purgon m'a dit de me promener le matin dans ma chambre, douze allées, et douze venues ; mais j'ai oublié à lui demander si c'est en long, ou en large. » Autre échange savoureux, celui entre Toinette et l'amoureux d'Angélique, fille d'Argan, pris au piège de son bon sens et de son sens d'être au service de son maître : « Il marche, dort, mange, et boit tout comme les autres ; mais cela n'empêche pas qu'il ne soit fort malade. »

Les malades imaginaires existent en effet. Ceux qu'il faudrait guérir, comme le souligne Béralde, frère d'Argan, de « la maladie des médecins ». Béline dresse un portrait acerbe de ce type d'individu : « Un homme incommode à tout le monde, malpropre, dégoûtant, sans cesse un lavement ou une médecine dans le ventre, mouchant, toussant, crachant toujours, sans esprit, ennuyeux, de mauvaise humeur, fatigant sans

8. Molière, *Le malade imaginaire*, Acte I, scène 2.

cesse les gens, et grondant jour et nuit servantes et valets.» Quant à Toinette, dans une scène mémorable, elle caricature le binôme médecin-malade où l'on ne sait plus qui est le plus malade des deux. «De quoi dit-il que vous êtes malade?» demande Toinette grimé en faux médecin. «Argan: Il dit que c'est du foie, et d'autres disent que c'est de la rate. Toinette: Ce sont tous des ignorants: c'est du poumon que vous êtes malade. Argan: Du poumon? Toinette: Oui. Que sentez-vous? Argan: Je sens de temps en temps des douleurs de tête. Toinette: Justement, le poumon. Argan: Il me semble parfois que j'ai un voile devant les yeux. Toinette: Le poumon. Argan: J'ai quelquefois des maux de cœur. Toinette: Le poumon. Argan: Je sens parfois des lassitudes par tous les membres. Toinette: Le poumon. Argan: Et quelquefois il me prend des douleurs dans le ventre, comme si c'était des coliques. Toinette: Le poumon. Vous avez appétit à ce que vous mangez? Argan: Oui, Monsieur. Toinette: Le poumon. Vous aimez à boire un peu de vin? Argan: Oui, Monsieur. Toinette: Le poumon. Il vous prend un petit sommeil après le repas et vous êtes bien aise de dormir? Argan: Oui, Monsieur. Toinette: Le poumon, le poumon, vous dis-je. Que vous ordonne votre médecin pour votre nourriture? Argan: Il m'ordonne du potage. Toinette: Ignorant. Argan: De la volaille. Toinette: Ignorant. Argan: Du veau. Toinette: Ignorant. Argan. Des bouillons. Toinette: Ignorant. [...] *Ignorantus, ignoranta, ignorantum.*»

Mais tous ne sont pas des malades imaginaires. Or, la douleur chronique a ceci de complexe qu'elle est phénoménologiquement facile à dénoncer mais scientifiquement difficile à causer de manière précise. D'où la crainte d'être accusé du mal d'imagination: cela peut aller jusqu'à l'expérience du sentiment de la folie progressive, voire de la folie progressive, dans la mesure où l'expérience du non linéaire de la cause – qui fait théoriquement encore sens –, est proprement invivable sur le terrain pratique. Autant le patient qui a mal est compris,

autant celui qui a toujours mal devient encombrant par sa mise en échec des procédés qui lui sont proposés – renvoyant par là même au soignant un effet miroir défavorable.

La difficulté d'identifier la cause renforce l'accusation de malade imaginaire, d'autant plus qu'elle peut être liée à un événement des plus ordinaires. Ivan Ilitch, narre Léon Tolstoï, s'installe dans le nouvel appartement à Saint-Petersbourg, pour mieux préparer l'arrivée de sa famille. Tout au fait d'accrocher les rideaux, il chute de l'échelle et se cogne. Contant l'accident à sa femme, il déclare, tout heureux à son non-mal: «Ce n'est pas en vain que je fais de la gymnastique un autre à ma place se serait tué, mais moi je n'ai reçu qu'un léger coup. Quand on touche, j'ai mal, mais cela passe déjà. Ce n'est qu'un bleu». Le bleu va se muer en douleur chronique: «oui, le début de la maladie. Je me suis cogné à l'espagnolette: mais il n'y avait rien de changé: j'étais toujours le même. Puis cela me fit un peu mal, ensuite plus fort. Ce furent ensuite les douleurs, la mauvaise humeur, l'angoisse, puis encore les douleurs. Et je me rapproche peu à peu de l'abîme. Mes forces diminuent. Plus près, encore plus près. Et me voilà vidé; je n'ai plus de lumière dans les yeux. C'est la mort et moi je pense à l'appendice. Je pense à le réparer. Et c'est la mort. Est-ce elle vraiment⁹?»

La douleur chronique est un mal loin d'être exceptionnel. En France, elle toucherait 15 % des Français. Son évaluation étant difficile, les critères retenus sont les suivants: a souffert de douleur pendant au moins six mois; a eu mal le mois précédent; a eu mal au moins deux fois par semaine; a évalué l'intensité de sa dernière expérience de douleur en date à au moins 5 sur une échelle de 10 points. «Selon cette même étude, 52 % des personnes souffrant de douleur chronique seraient

9. Tolstoï L. *La mort d'Ivan Ilitch*. Éditions Slatkine, Genève, 1995, cité par Valérie Piguet, «Les douleurs chroniques: entendre la complexité», Contrepoint philosophique, Rubrique Éthique, août 2005.

des femmes. L'âge moyen de la douleur chronique serait de cinquante ans. La durée de la souffrance serait d'en moyenne sept ans. 47 % des douleurs citées sont des douleurs dorsales, 16 % du genou, 15 % de la tête, 14 % articulaires, 9 % de l'épaule, 8 % du cou, 8 % de la hanche, et 6 % de la main. La douleur chronique, ainsi définie, rendrait 32 % des individus concernés, incapables de travailler en dehors de chez eux (pour ceux qui travaillent encore, l'étude rapporte sept à huit jours (en moyenne) non travaillés, les six derniers mois, du fait de la douleur), 23 % incapables de conduire, et 56 % en difficulté pour trouver le sommeil¹⁰. »

Comme cela a été souligné précédemment, la relation entre la douleur chronique et la conscience d'être un sujet est complexe. La douleur chronique remet précisément en cause le caractère agent (*agency*) de l'individu. Il faut que le niveau « personne¹¹ » soit impliqué pour entériner le passage de la douleur à la douleur chronique. La douleur chronique rappelle que le malade est toujours un « être social », autrement dit « un corps socialisé » et pas seulement un « corps subjectivé ». « Le principe selon lequel la maladie affecte toujours et essentiellement un *être social* signifie d'une part qu'en perturbant le fonctionnement biologique, elle atteint l'homme comme *sujet de relations*, comme partenaire actif de telle ou telle collectivité de vie. [...] L'irruption de la maladie, en ce sens, est un événement qui a valeur de crise non pour le seul sujet qui la vit, mais aussi pour l'entourage de ceux avec lesquels ce sujet atteint partage son existence. [...] La douleur envahit les espaces intersubjectifs tout comme elle envahit

10. Nusbaum Fanny *et al.*, « La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose », *Bulletin de psychologie* 3/2010 (Numéro 507), p. 191-201.

11. Marco Vannotti et Michèle Gennart, « L'expérience « pathique » de la douleur chronique : une approche phénoménologique », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1/2006 (n°36), p. 13-31.

l'espace du moi : elle devient alors un thème lancinant autour duquel se focalisent l'attention, les gestes et les échanges entre le patient et les membres de son entourage¹². »

La douleur chronique est généralement invisible et indisposante. Dans un premier temps, ne pas en parler est impossible parce que précisément elle nous rend incapable de façon clandestine. L'individu ne paraît pas malade mais se comporte comme s'il l'était. Il est donc nécessaire de partager l'information avec l'entourage. Mais le temps passant, et l'évolution ne se faisant pas, le malade n'ose plus partager la douleur qui l'indispose, et se replie sur lui-même, devenant et plus malade et plus acariâtre. « À la question comment s'est passée la journée d'hier, de nombreux patients ont de la peine à identifier hier en tant que jour particulier. Ils parlent de leur quotidien comme d'une masse indistincte de jours envahis par la douleur "hier...rien de spécial, j'ai mangé après j'avais mal, je suis resté à la maison comme tous les jours, je tourne en rond". »

Être incapable, ce n'est pas seulement n'être pas capable de transformer sa liberté en choix de vie possibles, c'est devenir à terme une proie facile pour l'accusation sociale. « L'imprévisibilité des douleurs rend difficile la gestion et le partage avec les autres de la vie quotidienne, en particulier de la vie professionnelle "les autres vous prennent pour quelqu'un de non fiable". Les douleurs rendent fragile, font perdre confiance dans les capacités de son corps voire de son être tout entier. Elles conduisent souvent, après de nombreux arrêts à une perte définitive du travail, ce qui aggrave le sentiment de dévalorisation et le déconditionnement tant physique que social. Dans l'enquête *Pain in Europe*¹³ [...], une personne sur cinq souffrant de douleurs chroniques avait

12. *Ibid.*

13. Cf. Enquête *Pain in Europe* 2002.

perdu un travail en raison des douleurs. Le monde du travail actuel est dur, peu flexible pour ceux dont le corps ne permet plus d'être rentable. Les reconversions professionnelles sont difficiles, souvent impossibles. Le désarroi devant l'avenir professionnel et les difficultés financières s'ajoutent aux douleurs¹⁴. »

En réfléchissant par le « creux », l'enjeu de la question relationnelle alourdit considérablement l'expérience de la douleur chronique. Si la douleur liée à un événement accidentel circonscrit renvoie à une expérience possible du sujet, et notamment à la question du « surmoi » et de celle de Nom-du-Père, le terrain de la douleur chronique est tout autre. C'est celui de l'évaluation sociale et mortifère ; non pas l'aliénation psychique mais l'aliénation sociale ; non pas le Nom-du-Père mais le Nom-des-Pairs, qui n'est d'ailleurs plus un nom mais un chiffre, une marque, une « école ». La douleur chronique, c'est ce Nom-des-Pairs qui se réveille et sanctionne le sujet d'autant plus qu'il le juge – disons qu'il l'évalue – insuffisant et indigne de « faire corps », entendez aussi de faire corps avec lui (soit eux). Le sujet en douleur chronique partage le destin de l'exclu de l'intérieur, qui rappelle qu'il n'y a pas de rupture entre inclusion et exclusion : « [...] l'appellation d'exclu risque [...] de substantialiser cette catégorie au point que *ce nouveau peuple des pauvres* sera alors décrit en lui-même, comme un monde en soi reconstitué à partir de descriptions psychosociales qui occultent les processus sociaux de ségrégation qui s'exercent à partir du centre d'une société. Aussi R. Castel tire-t-il le signal d'alarme en signalant qu'il importe avant tout, en tant que sociologue, de reconstruire le continuum des positions qui relient les *in* et les *out* et de ressaisir la logique

14. Témoignage de S. Gabbia-Aurioux, cité par Valérie Piguet, « Les douleurs chroniques : entendre la complexité », Contrepoint philosophique, Rubrique Éthique, août 2005.

à partir de laquelle les *in* produisent les *out*¹⁵. » Dans l'expérience de la douleur chronique, il se produit à terme socialement un tracé de la douleur produisant un dedans et un dehors. « Comme l'affirme Judith Butler, il s'agit de regarder où se situe la limite et où les gens tracent les limites de la zone au-delà de laquelle ils considèrent que vous n'êtes plus un membre de la communauté morale. D'où nous vient notre certitude que notre tracé en humanité est le bon¹⁶ ? » Il ne s'agit pas de dire que l'exclusion est le seul fait des *insiders*. Il s'agit de désobjectiver le phénomène de l'exclusion pour montrer comment il s'y joue en-deçà une dynamique relationnelle la produisant, et la renforçant d'autant plus que le sujet ostracisé produira lui-même, de plus en plus, les raisons de sa mise à l'écart, donnant ainsi raison à ceux qui invalident le sujet qu'il demeure.

Il faut comprendre également que l'expérience de la douleur chronique renforce la tendance du « négativisme économique » de l'individu. D'où la difficulté de s'en départir tant la « posture » de la douleur chronique permet de donner libre cours à l'insuffisance morale et intellectuelle structurelle de tout sujet. Constaté que le monde va mal ne demande pas un niveau de perception très élaboré. « Dans un univers neutre, il est beaucoup plus facile et rapide de décider qu'il est négatif que de chercher un motif de le colorer positivement. Pour le déprimé qui découvre le matin qu'il fait gris, il est nettement moins fatigant, sur le plan de l'énergie psychique dépensée, de dire qu'évidemment le temps est moche. On n'a pas besoin de le traiter perceptivement, pour ressasser la mauvaise nou-

15. Guillaume Le Blanc citant Robert Castel, *La montée des incertitudes*, Paris, Le Seuil, 2009, p. 342-344, in *Que faire de notre vulnérabilité*, Bayard, 2011, p. 145-146.

16. Guillaume Le Blanc citant Judith Butler, *Humain, inhumain. Le travail critique des normes*, Amsterdam, 2005, p. 57, in *Que faire de notre vulnérabilité*, Bayard, 2011, p. 211-212.

velle météorologique. [...] Noircir le monde, le connoter négativement, c'est la façon la plus minimaliste de le transformer en intention ». Il faut en effet beaucoup d'anticipation créatrice pour constater le caractère non évident du bonheur. « Le ça ne marchera pas évite l'inventaire du réel, dispense de chercher dans le monde environnant des prétextes à création, des motifs de croire et d'entreprendre. L'économie est double : simulatrice et intentionnelle. Comme pour le ciel par temps maussade, la position négative dispense d'un travail perceptif détaillé. L'intentionnalité est réduite au minimum, puisqu'elle n'est pas tournée vers une anticipation créatrice. Elle se contente de la routine du ressassement, sans innovation de l'imaginaire. *La répétition, c'est la mort*, disait Freud¹⁷. » Dans le cas de la douleur chronique, cette absence d'élaboration de la perception se traduit par un « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal ». Et s'il faut préciser, « partout ».

La douleur chronique est une centralité impossible. « Le corps qui ne devient plus qu'un champ d'expériences négatives occupe tout le quotidien, toute la pensée et rend difficile, voire impossible, le partage avec les autres : "je reconnais que lorsque nous sommes seuls et parfois égoïstes face à la douleur chronique, seul notre corps existe et nous ne pouvons pas nous projeter ailleurs"¹⁸. » Se projeter ailleurs, c'est précisément la définition de la dynamique capacitaire, et inversement, ce qu'empêche la vulnérabilité. Ce n'est pas étranger à la notion de précarité qui traverse la société actuelle. La vulnérabilité est un mouvement de précarisation, la « mise en place d'une vie invivable¹⁹ », l'avènement d'une dynamique

17. Roland Jouvent, *Le cerveau magicien. De la réalité au plaisir psychique*, Odile Jacob, 2009, poche, 2013, p. 134-135.

18. Témoignage de S. Gabbia-Aurioux, cité par Valérie Piguet, « Les douleurs chroniques : entendre la complexité », Contrepoint philosophique, Rubrique Éthique, août 2005.

19. Guillaume Le Blanc, *Que faire de notre vulnérabilité*, Bayard, 2011.

négative qui empêche la résilience d'un système. Vulnérable est celui qui n'est pas en mesure de faire face avec ses propres ressources aux exigences de la propriété de soi (notions de promotion, gestion et protection) c'est-à-dire qu'en dernière instance on devient le moins à même, soi-même, de défendre ses propres intérêts. La loi durkheimienne, posant l'impossibilité et l'interdiction de passer contrat contre soi-même, est annulée. De fait, l'individu contracte contre lui-même quand il se trouve dans ce type de situation de vulnérabilité personnelle. L'individu s'inscrit alors dans un cercle de dépendances et non d'interdépendances. La réciprocité s'arrête. Il y a là quelque chose de l'invisibilité sociale. La vulnérabilité produit une « transformation qui n'a aucune signification d'avenir²⁰ ».

Qu'est-ce qui se réveille avec la douleur ? Il se réveille la douleur inaugurale, consubstantielle à l'être, celle de sa finitude ou de son absurdité : « La vie ne se présente nullement comme un cadeau dont nous n'avons qu'à jouir, mais bien comme un devoir, une tâche dont il faut s'acquitter à force de travail ; de là, dans les grandes et petites choses, une misère générale, un labeur sans repos, une concurrence sans trêve²¹. »

Par sa finitude et son mode d'être, l'individu s'inscrit dans la douleur, au sens de dolorité, soit cet indépasseable de la condition humaine. La définition d'Heidegger valide la dolorité initiale dans la mesure, où il n'y a pas d'étant qui ne soit un être jeté. L'être jeté caractérise le *dasein* en sa facticité comme projet jeté au monde à qui sa provenance et sa destination sont refusées²². L'être jeté, c'est l'irrécupérable dans

20. Catherine Malabou, *Les nouveaux blessés, De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Bayard, 2007.

21. Schopenhauer, *Douleurs du monde*, Pensées et fragments, Préface de Didier Raymond, Rivages poche / Petite Bibliothèque, 1990, p. 42-43.

22. Heidegger, *Être et temps*, trad. F. Vezin, Paris, 1986, §12, §29, §38.

l'existence. Dans la philosophie platonicienne²³, le corps est souvent défini comme « prison²⁴ » (phroura) ou comme « tombeau²⁵ ». Il faut lire le *Timée* pour apprendre la nécessité du soin du corps et la possible nocivité de l'âme, dans la mesure où chacun doit veiller à ce que l'âme par sa démesure ne nuise pas au corps qu'elle habite²⁶.

Nous parlions de double peine. La peine se démultiplie davantage pour celui qui connaît la douleur chronique. Car lui, comme un autre, connaît la douleur inaugurale, celle qui est éprouvée par tous les êtres vivants. Mais à la différence d'un autre, chaque jour, il fait l'expérience dans son corps de l'incessante douleur. Du fait qu'il n'y a aucun répit. Beaucoup pourraient dire que c'est là, après coup, la vérité de la vie, l'absence de répit. Mais ce n'est pas vrai car le sujet transcendantal connaît la capacité de sublimer. Dans la douleur chronique, il se perd jusqu'au désir de sublimation, et c'est là sans doute ce qui met le plus en danger le sujet.

23. Pierre Courcelle, « Tradition platonicienne et tradition chrétienne du corps-prison », in *Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, 109^e année, n° 2, 1965. p. 341-343.

24. Phédon, 62b.

25. Gorgias, 493 a-b.

26. *Timée*, 87e-89d.

Le corps à l'épreuve du sport : entre douleur et souffrance

NICOLAS MOREAU, ANNIE JAIMES,
CATHERINE PLANTE

Dans notre monde contemporain, les concepts de douleur et de souffrance évoquent à notre esprit toute une série de termes péjoratifs : mal, peine, blessure, maladie, affliction, perte, mort, etc. Cette conception principalement négative et médicalisée de la souffrance et de la douleur est cependant récente. À une autre époque, ces concepts auraient pu évoquer les termes de châtement, passion, supplice, expiation, rédemption. Rappelons qu'en Occident, notre façon d'aborder ces vécus pénibles a été historiquement façonnée par les courants mystiques et rationalistes. Si les religions ont souvent vu dans la souffrance et la douleur une façon de gagner son salut, « une forme possible de dévotion qui rapproche de Dieu, purifie l'âme¹ », d'autres ont plutôt souhaité rationaliser ces expériences, les éviter, ou s'en servir comme outil de connaissance. Ainsi, pour les stoïciens de l'Antiquité, la douleur provenait

1. Le Breton, David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Éditions Métailié, 2006, p. 90.

d'un désaccord entre nos désirs et le monde, et elle devait être affrontée et domptée par la raison afin que l'âme atteigne un état de détachement et de sérénité. Les hédonistes voyaient au contraire dans ces peines des soucis à éviter. Plus tard, pour les romantiques, la douleur physique ou psychique fût conçue comme une épreuve initiatique de l'existence, permettant au sujet de se révéler à lui-même. Comme le disait Musset : « L'homme est un apprenti, la douleur est son maître, et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert ». Bien qu'on se réfère moins explicitement au dolorisme chrétien aujourd'hui, les individus puisent encore à différents degrés dans ces différents répertoires afin de donner sens à la douleur et à la souffrance, qu'elles soient conçues comme un appel rédempteur, un voyage initiatique, une épreuve de la raison, ou un simple problème médical.

MÉDICALISATION DE LA DOULEUR ET DE LA SOUFFRANCE : VERS UN NŒUD NORMATIF ?

Si la douleur est depuis longtemps déjà le domaine de prédilection de la médecine, la souffrance se voit aussi de plus en plus médicalisée, alors qu'on l'aborde plus fréquemment aujourd'hui par l'entremise de la psychiatrie et de la psychologie. Les souffrances psychiques seraient ainsi à juguler par l'entremise de différents traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques. Dans ce paradigme, la dimension subjective de la souffrance se voit parfois cantonnée au second plan, comme un effet secondaire des changements neurochimiques ou neurologiques, plus faciles à mesurer. L'accent placé sur les symptômes comportementaux ou cognitifs, au détriment de l'affect, contribue à cette éclipse des dimensions mouvantes et intangibles de l'expérience subjective. À ce titre, la bible psychiatrique – le *Manuel de diagnostic psychiatrique* – constitue un très bel exemple de cette volonté d'objectifier la souffrance par le biais de la classification des troubles men-

taux selon différents symptômes². La douleur et la souffrance ne peuvent être comprises hors du contexte social, culturel et politique, hors des normes identifiant les objets dignes de souffrances et les modes acceptés du « souffrir ». Meursault, dans *l'Étranger* de Camus, est condamné pour n'avoir pas pleuré à l'enterrement de sa mère. Pietro dans *Chaos Calme* de Veronesi apparaît presque « déviant » car il demeure impassible, complètement détaché de ses émotions devant la mort subite de sa femme. Par ailleurs, certains individus en quête de douleur, que ce soit par l'automutilation ou par des pratiques sadomasochistes, dérangent par leur rapport au corps atypique, et se voient possiblement diagnostiqués de troubles psychiatriques.

DOULEUR ET SOUFFRANCE : UNE DISTINCTION NÉCESSAIRE MAIS IMPARFAITE

Qu'en est-il des sportifs qui choisissent activement d'affronter des douleurs contrôlées, mais parfois extrêmes ? Le sportif souffre-t-il ? Que peut nous apprendre son expérience sur la souffrance et la douleur de façon plus large ? Avant de nous attarder à cette question, il convient de distinguer les deux termes. Le sens commun relègue habituellement la douleur au domaine physique et la souffrance à la sphère psychique. La distinction entre douleur et souffrance est cependant plus complexe. Le philosophe Paul Ricœur clarifie ainsi cette question : « On s'accordera donc pour réserver le terme de douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens,

2. Moreau, Nicolas, État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale, Montréal, Liber, 2009.

au questionnement³. » Ricœur reconnaît toutefois que cette distinction est plus théorique que pratique, puisque les deux types d'expérience se chevauchent habituellement. Un mal de tête terrible nous fait souffrir ; la douleur d'avoir perdu un être cher s'inscrit dans le corps, comme amputé. Ainsi, la douleur uniquement physique demeure un cas extrême, tout comme la souffrance « pure », sans impact somatique sur le sujet. Au-delà d'une conception d'idéaux-types, Ricœur parlerait donc plutôt du « souffrir » qui se déclinerait en trois axes : l'axe soi-autrui, concernant l'altération du rapport à soi et à autrui (l'aliénation) ; l'axe de l'agir-pâtir, concernant la destruction du pouvoir d'agir du sujet, une atteinte à son intégrité (l'expérience de l'impuissance) ; et l'axe du sens. Cette approche du « souffrir » remet ainsi en question le dualisme corps/esprit, et nous incite à tenir compte de la personne dans sa globalité. C'est d'ailleurs ce que préconisent les nouvelles approches médicales en s'intéressant à la « douleur globale », qui inclue les aspects physiques et moraux⁴.

LA SOUFFRANCE ET LA DOULEUR DANS LE SPORT

La douleur et la souffrance dans le sport prennent des formes et des significations spécifiques. Soulignons d'abord que la majorité des personnes qui s'engagent dans une activité sportive récréative n'ont pas comme objectif de souffrir, mais plutôt de se mettre en forme, de perdre du poids, d'avoir du plaisir à jouer, d'être plus performant, etc. Même les athlètes compétitifs vont généralement éviter, minimiser ou gérer leurs douleurs en compétition, comme l'indiquent les

3. Ricœur, Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement*, vol. 142, 1994, p. 59.

4. Vinit, Florence, Moreau, Nicolas et Moreau, Daniel, « Les visages de la douleur : vers une prise en charge globale de la plainte », dans Moreau, Nicolas et Katharine Larose-Hébert (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2013, p. 65-75.

recherches en sociologie du sport. S'entraîner n'est pas toujours un plaisir, mais quand ils surviennent, les désagréments sont habituellement choisis, ce qui en minimise la pénibilité. De plus, l'expérience du sportif peut être empreinte de signification, comme celle du dépassement de soi, de la discipline. Malgré cela, la blessure sportive s'impose comme une forme de violence insensée faite au corps, et la souffrance se manifeste dans le combat de résistance face à ses propres limites. Ainsi, l'athlète qui se lance dans l'épreuve physique n'est pas à l'abri de la souffrance. L'activité sportive engage dans « une lutte intime avec la souffrance et la tentation de l'abandon. Là est l'ennemie, non la douleur toujours acceptée, mais la souffrance qui ébranle les ressources de l'individu⁵. » Certains sportifs se distinguent à cet égard. Pour les athlètes de haut niveau qui affrontent des épreuves extrêmement pénibles, la douleur peut être non seulement acceptée comme un moindre mal, mais parfois aussi valorisée, voire recherchée. Ce serait le cas, selon Atkinson⁶, pour certains sportifs de haut niveau, comme les triathlètes. En effet, pour ces athlètes, leur capacité d'endurer et de savourer des épreuves leur permettrait de se distinguer physiquement, socialement et moralement du commun des mortels. Accompagné de moments d'extase, de plaisir intense, de désespoir et d'anxiété, le triathlon permettrait aux vaillants sportifs de vivre des moments d'excitation liminale tissant une communauté de « souffrants », qui ont appris à résister. Dans de tels cas, comme le souligne Le Breton, « même si la douleur est ressentie, elle est investie d'une dimension morale qui en transforme le sens et en érode la pénibilité, elle devient même un vecteur de l'expérimentation sur soi et elle est rattachée à l'immense satisfaction de

5. Le Breton, David, « Douleur et sens : les modulations de la souffrance », *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, vol. 10, n° 2, 2011, p. 65.

6. Atkinson, Michael, « Triathlon, suffering and exciting significance », *Leisure Studies*, vol. 27, n° 2, 2008, p. 165-180.

l'avoir surmontée⁷. » Mais qu'en est-il des sportifs de tous les jours? Qu'est-ce que leur rapport à la douleur et à la souffrance dans le sport peut nous enseigner? Afin d'explorer ces questions, notre étude s'est penchée sur le sens que des jeunes inscrits dans un programme psychosocial donnaient à la douleur et à la souffrance dans le contexte d'une activité sportive intense.

L'EXPÉRIENCE *DESÉQUILIBRES*

Notre recherche a été effectuée au sein de *DesÉquilibres*, un organisme montréalais offrant aux jeunes des programmes sportifs à vocation psychosociale, et mis en place au sein d'établissements scolaires et de centres jeunesse de la grande région de Montréal. Les trois volets du programme (sportif, pédagogique, social) se déploient sur 26 semaines et visent la promotion du bien-être des jeunes ainsi que de leur engagement social. Nous avons évalué ce programme sur une période de deux ans (entre octobre 2011 et 2013), en suivant quatre cohortes de jeunes, âgés de 12 à 18 ans. Les données que nous présentons ici résultent d'une analyse de contenu thématique concernant le volet sportif du programme. Ce dernier consiste en la réalisation de trois entraînements collectifs par semaine et de trois défis sportifs collectifs: 1) marcher 20 kilomètres la nuit dans le bois; 2) parcourir 150 kilomètres en vélo en deux jours; 3) courir à relais 250 kilomètres en 24 heures, sans interruption, à la fin de la période d'entraînement⁸.

7. Le Breton, David, « Douleur et sens: les modulations de la souffrance », *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, vol. 10, n° 2, 2011, p. 66.

8. Le lecteur désirant plus de détails en ce qui concerne les programmes de cet organisme ou les aspects méthodologiques de cette recherche peut consulter le rapport de recherche suivant: Moreau, Nicolas, Molgat, Marc, Plante, Catherine, Parlavocchio, Luc, Cosset, Anaïs, Chanteau, Olivier et Maryse Benoît, « Projet de recherche action 2010-2012. *DesÉquilibres: les éléments d'une alternative* », *Rapport de recherche*, Gouvernement du

SOUFFRANCE ET DOULEUR : ENTRE ÉPREUVE SOLIDIFIANTE DU SOI ET OUVERTURE

Deux dimensions majeures ont émergé de nos analyses. La première est le sens spécifique et positif que prend la douleur en tant qu'épreuve, lorsque celle-ci résulte d'un processus engendré par l'individu lui-même. La seconde a trait à la dimension collective et socialisante permise par cette souffrance activement surmontée à la fois pour soi et pour le groupe. D'abord, pour les jeunes de *DesÉquilibres*, la douleur et la souffrance sont apparues comme des occasions de se définir plus solidement, en rencontrant des défis, en résistant, en « tenant bon », et en repoussant leurs limites. Ainsi, pour certains jeunes interrogés, la douleur est synonyme de dépassement et de persévérance :

< Quelle est ta définition de l'endurance ? > Toujours endurer la douleur [...] Toujours ignorer la douleur, courir [...] toujours continuer à courir encore plus, surmonter les défis, c'est pour ça que tu surmontes la douleur.

< (À propos de la course à relais) Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il y avait de difficile ? > [...] C'était long, fatigant [...]. C'était vraiment quelque chose de dur. [...] < Pourquoi t'as pas abandonné ? > C'était comme s'il y avait une petite voix qui me disait faudrait pas arrêter maintenant parce que t'as déjà fait un long parcours avec *DesÉquilibres* avec le premier défi, deuxième défi. C'est là, (lors du) [...] troisième défi que la petite voix était vraiment présente.

Pour plusieurs jeunes, la douleur offre la conscience aiguïée de leur corps et l'opportunité de mesurer ses possibilités et ses limites, de révéler ses contours. La dimension recherchée et contrôlée de la douleur contribue à sa dimension

positive. Le jeune sportif est un agent de cette rencontre éprouvante avec son corps, ce qui minimise l'aliénation et l'impuissance du « souffrir », décrites par Ricoeur. De plus, lorsque la douleur n'est pas subie mais consentie, voire recherchée dans l'activité physique du sujet, celui-ci lui donne un sens tout particulier : « Quand le corps devient ennemi de toute progression, l'acteur compose avec sa douleur. [...] L'adversaire à dépasser ou le record à battre nomme la souffrance à atteindre et à surmonter dans le même mouvement⁹ ». La douleur devient ainsi synonyme d'un travail accompli, d'une performance réalisée, d'un dépassement de soi.

La seconde dimension résulte du fait que la douleur des jeunes sportifs participant à la recherche est une douleur partagée, permettant de remporter un défi collectif. Ainsi, dans ce cas spécifique, loin d'isoler le sujet, de le replier sur lui-même, la douleur physique - du moins tant qu'elle est affrontée avec succès - peut également être vectrice d'entraide, de solidarité, et d'un sentiment d'appartenance important :

Pis tout le monde descendait de l'autobus et ils t'encourageaient [...] Je commençais à ralentir, puis il [son ami] a dit comme ça : « Non tu peux pas ralentir, tu dois continuer, on y va, j'suis là pour toi ». Y'avait eu un moment aussi que mes yeux ont gelé, j'pouvais pas voir, j'voyais trouble puis, il [son ami] m'a tenu, pis il m'a dit [...] : « on y va, on est presque arrivé, l'autobus est tout près pis, le prochain coureur nous attend ». Pis, il courait avec moi [...] parce qu'il m'aidait, pis les personnes m'encourageaient. [...] J'ai fait un effort vraiment pour ouvrir mes yeux, pour courir.

< Comment *DesÉquilibres* a fait pour qu'il y ait un bel esprit d'équipe? > [...] Je pense que [...] les jeux nous ont beaucoup rapprochés, pis le fait que [...] les autres souffraient pis [...] qu'ils

9. Le Breton, David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Éditions Métailié, 2006, p. 204-205.

[les participants avec plus de facilité dans l'activité physique] venaient nous aider genre, [...] ils venaient nous aider. C'est ça que j'ai vraiment aimé.

Les jeunes participant aux programmes de *DesÉquilibres* relatent ainsi comment l'épreuve partagée peut constituer une occasion de rencontrer l'autre. Il convient de rappeler que de telles activités peuvent aussi soulever des tensions, de l'anxiété et de l'hostilité dans la compétition, ainsi que des sentiments d'échec et de honte. Toutefois, dans un contexte où l'exploit est choisi par les membres du groupe et affronté collectivement, le sport peut offrir une opportunité de *communitas*, un temps pour s'entraider et pour tisser des liens avec un groupe social. Ainsi, malgré la solitude qu'elle implique, même la douleur physique peut potentiellement rassembler.

LA SOUFFRANCE DU SPORTIF : UNE OUVERTURE POSSIBLE À SOI ET À L'AUTRE ?

Ainsi, les souffrances, les douleurs ne sont pas uniquement péjoratives. Lorsqu'elles sont choisies, elles peuvent être empreintes de sens positif si elles font partie d'un processus spécifique qui fait sens pour l'individu. Dans le cas des jeunes de *DesÉquilibres*, elles sont une porte ouverte pour laisser l'autre entrer. Pour ces jeunes comme pour les sportifs de haut niveau qui cheminent à la crête du seuil tolérable de la souffrance, il est possible de faire de ce voyage un périple initiatique, un exploit spartiate, ou une exploration de soi sur un mode propice. En effet, « [L]a douleur est toujours une altération de soi, elle fait devenir autre et inscrit l'individu en porte à faux avec son existence antérieure. Elle le révèle, pour le meilleur ou pour le pire, à des ressources propres dont il ignorait l'existence¹⁰. » Ainsi, la souffrance et la douleur

10. Le Breton, David, « Douleur et sens : les modulations de la souffrance », *e-mémoires de l'Académie nationale de chirurgie*, vol. 10, n° 2, 2011, p. 67.

touchent non seulement le corps, mais la personne dans sa totalité. On ne souffre jamais en dehors du sens que les individus et les collectivités donnent aux épreuves subies. Bien qu'on constate la diminution du sentiment de religiosité dans certains pays occidentaux et que la douleur ait perdu sa portée mystique, on relève dans les récits des sportifs, comme des jeunes de *DesÉquilibres*, une certaine quête de sens.

ASPECTS CONCLUSIFS

Alors que la sécularisation des modes du « souffrir » est parfois analysée en termes négatifs, comme une perte de signification ou comme une diminution du seuil de tolérance, il nous semble plutôt que ce changement signe la transformation des répertoires possibles pour donner sens à ces expériences. La médicalisation de la douleur et de la souffrance colore nos modes d'appréhension, mais laisse place à d'autres alternatives. Pour les sportifs et les jeunes ayant eu la possibilité de participer aux programmes offerts par *DesÉquilibres*, la douleur et la souffrance se racontent notamment sur le mode du dépassement de soi, de la transcendance, d'une tension entre l'affirmation d'un soi résistant et celle d'un rapport à l'autre solidaire. Finalement, leurs expériences nous rappellent la dimension inexorable de la souffrance, qui continue de nous interroger : Pourquoi accepte-t-on de souffrir ? Quels sens peut-on donner à la douleur aujourd'hui ?

**LES PATIENTS
EN MOUVEMENT :
TÉMOIGNAGES**

Comprendre l'influence des gestes quotidiens pour en faire le prolongement des interventions en matière de prescription d'exercices

MARTINE LEBLANC

Les personnes auprès desquelles j'interviens présentent en majorité des douleurs d'origine musculosquelettiques (tendinites variées, lombalgie, cervicalgie, hernie discale, arthrite, fibromyalgie, etc.). Parmi elles, celles qui font le lien entre les exercices pratiqués en cours et leurs occupations quotidiennes semblent démontrer de meilleurs résultats en matière de guérison, de diminution de la douleur et de l'amélioration de leur condition physique générale.

Au-delà de ce constat, qui me semble logique, c'est plutôt l'anti-constat qui m'a frappée. Je tenais pour acquis que tous mes participants faisaient le pont entre l'activation des muscles pendant les exercices et l'activation des muscles pendant leurs tâches quotidiennes. Or, il n'en est rien.

Considérant ce qui précède, voici les trois prochains points qui seront détaillés : 1) bien ressentir l'exercice ; 2) comprendre le but de l'exercice et ses applications dans les gestes

quotidiens ; 3) prendre conscience de l'activation des abdominaux sur une base constante tout au long du quotidien.

BIEN RESSENTIR L'EXERCICE (PROPRIOCEPTION)

Permet à la personne de s'autocorriger

La plupart des personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques ont des failles dans leurs mouvements au quotidien. Apparaît alors ce que l'on qualifie de faux mouvement ou de mouvement compensatoire pour protéger la région fragilisée. En conséquence, la douleur affecte la posture. Lorsque la posture devient inadéquate, elle empêche le corps de faire les mouvements avec une biomécanique juste. Et même en l'absence de douleur, plusieurs personnes ne savent pas à quoi correspond une posture respectueuse de l'intégrité articulaire.

Je suis fréquemment témoin de ce phénomène lorsque nous travaillons les genuflexions ou les squats et que mes néophytes de l'entraînement adoptent une position qui ne leur permet pas d'activer efficacement les muscles fessiers et les quadriceps. Pour les corriger, je les amène à ressentir la différence entre le bon positionnement et le mauvais. Je leur demande d'observer les sensations de confort ou d'inconfort, de force ou de faiblesse autour de leurs articulations. Ils peuvent ainsi apprendre à rectifier leur position sans intervention de ma part.

Stimule l'autonomie du patient

Pour faire suite au point précédent, il s'agit de répondre à l'éternelle question de la part du patient s'affairant à reproduire un mouvement ou un exercice :

Est-ce que je l'ai ?

Il y a deux façons d'interpréter cette question. Soit, le patient s'en remet aveuglément au professionnel pour être guidé, ou encore il souhaite s'assurer d'enregistrer les bonnes sensations pour s'y référer ultérieurement lorsqu'il sera seul.

En tant que professionnels, nous devons favoriser la deuxième option, pour stimuler un réel apprentissage et l'autonomie du patient. Ainsi, chez ceux qui mettent en pratique dans leur quotidien les points techniques qu'ils apprennent à l'intérieur de mes cours, j'ai pu observer une augmentation de la confiance en soi et une diminution de la peur de l'exercice ainsi que de la douleur, par le biais de multiples témoignages. Ces confidences stipulent que ces derniers se sont permis de faire une action qu'ils n'avaient pas faite depuis longtemps. Ce peut être aussi simple que ramasser un objet au sol, ou plus exigeant comme sortir les pneus du coffre arrière de la voiture.

Rehausse l'effet d'entraînement, surtout si les séances d'exercices sont espacées.

Une bonne part de ma clientèle âgée de plus de quarante ans était peu active avant de suivre mes cours. Parmi les personnes qui étaient souffrantes, plusieurs craignaient de voir leurs douleurs augmenter avec la pratique d'exercices. Alors, elles croyaient en la nécessité de commencer doucement. Dans leur langage, doucement signifie participer à une seule séance d'exercices par semaine.

La problématique était alors la suivante : stimuler le corps une seule fois par semaine est-il suffisant pour générer un effet d'entraînement à court terme ? Ou n'est-ce pas plus stressant que bénéfique pour les articulations douloureuses ? Bref, ici ce n'était pas un cas de « trop équivaut à pas assez », mais l'inverse « pas assez équivaut à trop ». En l'absence de résultat probant, les participants abandonnent au bout de quelques semaines. Pire encore, ils décrètent que l'activité physique, ce n'est pas pour eux.

J'en ai conclu que les gens agissent comme si leurs muscles et leurs articulations leur servent uniquement dans un cadre « officiel » d'activité physique ou lors d'un effort marqué.

Un homme souffrant de lombalgie chronique me confiait son désarroi face à son incapacité à faire un geste aussi banal que de ramasser un objet au sol, alors qu'il avait réussi à édifier tout un mur de pierres chez lui. Je lui ai alors demandé de me mimer le geste de soulever une lourde pierre, puis celui de ramasser un kleenex au sol. La démonstration fut très révélatrice. Son positionnement était impeccable lorsqu'il a soulevé la pierre imaginaire, mais déplorable pour le kleenex. Comme si cela ne valait pas la peine de protéger son dos avec une colonne bien alignée et en activant correctement ses muscles pour cette tâche futile.

À la lumière de cet exemple, il s'avère impératif que les gens appliquent les principes de bon positionnement appris à l'intérieur de leur cours de conditionnement physique et autres interventions professionnelles dans tous leurs gestes quotidiens. Pour ceux qui ne font pas d'exercice quotidienne, cela équivaut à prolonger ou répartir les bienfaits de l'entraînement sur le reste de la semaine. Ce faisant, le corps ne retombe plus aussi rapidement et profondément dans une léthargie débilante.

COMPRENDRE LE BUT DE L'EXERCICE ET SES APPLICATIONS DANS LES GESTES QUOTIDIENS

À mon avis, l'action passe par la compréhension. Expliquer non seulement le but de l'exercice (ex. : assouplir ou renforcer tel muscle), mais surtout en mentionner les répercussions dans les activités quotidiennes peut contribuer à mieux bouger tout au long du quotidien. Par exemple, renforcer les fessiers et le plancher pelvien contribuera à forcer moins maladroitement du dos lorsqu'il s'agira de se relever de la station accroupie ou d'un fauteuil trop moelleux.

Ceci a pour but d'inciter la personne à se servir de ses muscles lors de telles actions motrices, qui autrement passeraient inaperçues en tant qu'occasions de maintenir la vigi-

lance musculaire. Les résultats seront de ce fait doublement bénéfiques : d'une part, le patient poursuivra l'entraînement de ses muscles à l'aide de gestes quotidiens. D'autre part, il aura remplacé des schèmes moteurs néfastes pour ses articulations – incluant souvent la pérennité de son dos – au profit de bonnes actions motrices.

PRISE DE CONSCIENCE DE L'ACTIVATION DES ABDOMINAUX SUR UNE BASE CONSTANTE TOUT AU LONG DU QUOTIDIEN

Ne bougez pas, nous allons faire une expérience.

Assis tel que vous l'êtes actuellement, amorcez le prochain vidé en resserrant d'abord les muscles du plancher pelvien (périnée), puis poursuivez en contractant le bas-ventre, la taille et le bas de la cage thoracique. Relâchez tout et laissez l'air s'engouffrer dans vos poumons. Sans effort.

Lors du vidé, vous devriez avoir la sensation que votre cou s'allonge en sortant de vos épaules et que ces dernières se déposent sur le sommet de votre cage thoracique.

Nous allons répéter le même procédé le dos légèrement voûté avec les coudes appuyés sur vos cuisses. Est-ce que l'activation des abdominaux semble aussi intense ?

Maintenant, redressez-vous et reculez les hanches bien au fond de votre siège, de façon à être en équilibre sur vos ischions (os des fesses), et ce, même si votre dos n'est plus en contact avec le dossier. Encore une fois, servez-vous des muscles de votre plancher pelvien pour amorcer le vidé, puis poursuivez en resserrant les abdominaux de bas en haut, bref en assistant le diaphragme dans sa remontée pour expulser l'air de vos poumons.

Si au premier essai, vous étiez davantage assis en arrière de vos ischions (bassin basculé vers l'arrière), vous devriez percevoir une différence dans l'intensité de l'activation de vos muscles. C'est plus efficace si la colonne est bien alignée à la verticale (troisième essai). Le positionnement des épaules est également morphologiquement plus performant et donnera lieu à moins de contractures dans la région cervicale ou dorsale.

À l'aide d'une simple respiration, vous êtes à tonifier votre transverse. Plus il est fort, plus votre taille se comprime ; vous en ressentez l'intensité de contraction. Et plus l'air s'engouffre aisément lors du remplir.

Selon la justesse de votre posture, vous serez en mesure d'activer vos abdominaux plus ou moins efficacement. Imaginez alors que vous travaillez tout au long de la journée avec une posture inadéquate... Que se passe-t-il au niveau de l'activation musculaire et au niveau de la protection articulaire ?

Voilà la raison pour laquelle il faut développer une vigilance corporelle dans tous nos gestes quotidiens.

J'encourage donc mes participants à vérifier leur aptitude à activer leurs abdominaux profonds conjointement avec le plancher pelvien sur le vidé, plusieurs fois par jour dans différentes situations. Ce qui a pour but de répondre aux questions suivantes : « En ce moment, suis-je en train d'améliorer ou de détériorer ma posture ? De tonifier ou d'affaiblir mon plancher pelvien et mes abdominaux ? »

Ce simple exercice devient une véritable arme préventive, qui permettra au patient d'avoir à la portée de la main un moyen de s'autocorriger.

CONCLUSION

Les bienfaits de l'activité physique sur le maintien et l'amélioration de la santé en général, ainsi que sur le contrôle de la douleur, supposent des exercices bien faits. Mais qu'arrive-t-il entre les séances d'entraînement ?

Je crois que la façon dont les patients utilisent ou n'utilisent pas leurs muscles dans leurs gestes au quotidien peut aider ou nuire aux interventions professionnelles visant le contrôle de la douleur.

Bon nombre de patients se font dire d'éviter toutes formes d'activités physiques pendant la période des traitements. Il faut alors se questionner sur ce qu'ils font le reste de la

journée, après le traitement ? Et le reste de la semaine ? Et une fois la séquence de traitements terminée ?

Au sein de ma clientèle, j'ai pu observer les meilleurs résultats en ce qui concerne la diminution de la douleur et l'amélioration de la posture auprès de ceux qui arrivaient à ressentir le travail musculaire et à appliquer la respiration décrite dans cet article. Plus ils en prenaient conscience pendant les cours, mieux ils pouvaient l'appliquer dans leur quotidien. L'activation consciente de leurs muscles protège et solidifie leurs articulations. Ce faisant, les douleurs diminuent ou deviennent moins contraignantes.

Tout le monde aurait avantage à apprendre à vérifier sa posture durant la journée. Le mot d'ordre devient : peu importe ce que nous faisons, nous devrions toujours être en position de pouvoir activer efficacement nos transverses et le périnée sur le vidé. Et puisque nous respirons constamment, ceci nous ramène à une vigilance constante de notre posture.

Travailler et améliorer sa posture doit devenir un réflexe de tous les instants au même titre que de respirer. Ceci joue un rôle de premier plan au niveau de la prévention.

Gardons à l'esprit que notre corps se façonne au gré de nos mouvements. Ou de nos faux mouvements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Carrio C. *Un corps sans douleur*, Vergèze, Thierry Souccar Editions, 2008, 217 p.
2. De Gasquet B. *Abdominaux : arrêtez le massacre!*, Marabout, 2009, 206 p.
3. LeBlanc M. *Fini les douleurs ! Comprendre l'influence des gestes quotidiens sur le corps*. Éditions Anagramme, Paris, 2010, 220 p.

Stéphanie préfère la course

STÉPHANIE LANGIS

J'ai fait la connaissance de Pierre Beaulieu au cours d'une période particulièrement difficile de ma vie. J'en étais au début d'une première grossesse qui avait démarré comme une catastrophe nucléaire; je me sentais anéantie. La grossesse avait provoqué l'exacerbation des symptômes d'une maladie chronique, la cystite interstitielle, qui s'est installée dans ma vie depuis maintenant 13 ans. J'étais alors prise dans un tourbillon d'inquiétudes, cherchant à calmer mes douleurs tout en protégeant mon enfant à venir. À travers mes efforts et ceux de mon mari pour surmonter cette phase difficile, j'ai fait la rencontre de Pierre qui, après m'avoir rassurée quant à ma démarche pour gérer mes douleurs, m'a fait part de son travail. Je me suis sentie tout de suite interpellée lorsqu'il m'a parlé de ses études sur les effets de l'activité physique dans le traitement des douleurs chroniques, car depuis plusieurs années, lui expliquai-je, j'arrivais à gérer mes douleurs par la pratique quotidienne de différents sports. Il s'adressait donc à une convaincue et je lui ai naturellement offert mon aide à titre de « cobaye » dans la poursuite de ses recherches sur le sujet. C'est ainsi que je me retrouve ici aujourd'hui, afin de

témoigner de mon parcours sinueux dans le monde de la douleur chronique.

Lorsque j'ai commencé à préparer cette conférence, le titre m'est venu spontanément. C'était au moment où l'on parlait beaucoup de ce film de Chloé Robichaud, présenté à Canne: *Sarah préfère la course*. J'ai tout de suite eu envie d'y faire un clin d'œil en y remplaçant le prénom de « Sarah » par le mien. Pour moi, cela expliquait avec force et humour ce que le sport représente dans le traitement de ma maladie. Et oui, même si l'approche pharmacologique est à certains moments essentielle, je préfère franchement la course !

DESCRIPTION DE LA CYSTITE INTERSTITIELLE

Avant de poursuivre, faisons une brève description de la cystite interstitielle. Celle-ci se définit comme une inflammation chronique des parois de la vessie, de cause inconnue. À l'époque où j'en ai reçu le diagnostic, cette maladie était considérée comme rare, particulièrement chez les jeunes femmes. Aujourd'hui, les professionnels de la santé étant mieux outillés pour établir le diagnostic, le nombre de personnes atteintes de cette affection augmente. Elle touche majoritairement les femmes et ses symptômes peuvent varier de faibles à élevés, au gré des périodes de rémission et de rechute. Ceux-ci se caractérisent par des sensations de brûlure dans le bas du ventre et/ou l'urètre, entraînant un besoin fréquent de vider la vessie pouvant aller jusqu'à plusieurs dizaines de fois par jour. Il n'y a toutefois pas de douleurs à la miction et il ne faut pas la confondre avec une infection urinaire. Cette maladie peut être extrêmement douloureuse et très handicapante. Il n'existe pas de traitement spécifique pour la cystite interstitielle. On la contrôle par une médication combinée, accompagnée quelques fois d'interventions chirurgicales pouvant aller jusqu'à l'ablation de la vessie. Une diète alimentaire spécifique est aussi proposée mais celle-ci varie

en fonction des individus. Bref, la cystite interstitielle est un casse-tête pour les professionnels de la santé et pour les patients !

CHRONOLOGIE ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE DEPUIS LE DIAGNOSTIC

En ce qui me concerne, j'ai reçu mon diagnostic en 2000, alors que j'avais 20 ans. Il m'a fallu près d'un an avant que j'entende le mot « cystite interstitielle ». Ces mois ont été très éprouvants. J'ai testé, à l'époque, une quantité de traitements différents jusqu'à ce que les symptômes s'estompent 2 ans plus tard. Il a été alors impossible de savoir si les traitements y étaient pour quelque chose ou s'il s'agissait seulement d'une phase dans l'évolution de la maladie. J'ai donc observé une première rémission en 2002, ce qui signifie que je pouvais vivre une vie normale, sans que les douleurs ne s'effacent complètement.

Six années plus tard, la maladie est revenue me frapper de plein fouet ; les douleurs étaient deux fois plus intenses que les premières manifestations de la maladie. Je venais de terminer ma scolarité de maîtrise et j'étais épuisée. La valse des consultations médicales a alors repris. J'étais devenue invisible car je ne mangeais plus, terrorisée par l'effet de la nourriture sur mes symptômes. Je frôlais alors à peine les 100 livres. Mais, soutenue par ma famille, j'ai trouvé l'aide médicale et psychologique nécessaire pour reprendre le cours de ma vie et surtout, c'est à ce moment que l'activité physique est devenue partie intégrante de mon traitement.

La bonne santé physique a toujours été valorisée dans ma famille et j'ai ainsi intégré assez tôt de bonnes habitudes de vie : alimentation saine, pas de tabagisme, activité physique modérée, etc. C'est toutefois à partir de ma deuxième rechute que ces habitudes ont revêtu un tout autre sens. J'ai compris que la maladie était une condition globale et que plus je

prendrai soin de mon corps et de ma tête, plus je serai en mesure de contrôler mes symptômes, et ce, en prenant le moins de « pilules » possible.

J'ai donc atteint une deuxième rémission en 2010 jusqu'à réduire complètement ma prise de médicaments. Je gérais la maladie par le sport ainsi qu'une diète alimentaire adaptée et équilibrée.

PENDANT LA GROSSESSE

Ma deuxième rechute est survenue, comme je le mentionnais au début de mon témoignage, dans les premières semaines de ma grossesse, à la fin de 2012. J'avais cessé tout traitement en prévision de celle-ci car je n'étais plus seul maître de mon corps. Le premier trimestre s'est révélé le plus difficile et j'ai bien cru que je n'arriverais pas à me rendre au bout de cette aventure jusqu'à ce qu'on m'autorise à reprendre une partie de mon traitement. Néanmoins, les douleurs me clouaient souvent au lit. J'avais toutefois un désir profond, celui de rester active. Chaque journée qui me le permettait j'allais nager, si bien qu'au bout de quelques semaines, je reprenais mes activités. J'ai nagé tout le reste de ma grossesse à raison de trois à quatre fois par semaine et j'y ai ajouté la marche rapide. Bref, je n'ai pratiquement pas passé de journée sans pratiquer une activité physique modérée mais soutenue. Le jour de mon accouchement, j'avais nagé 40 longueurs en matinée ! Ce dernier s'est d'ailleurs très bien déroulé et surtout, à mon grand étonnement, j'ai récupéré extrêmement vite alors que j'avais si peur qu'il en soit autrement. Je crois sincèrement que c'est le maintien de mon activité physique qui m'a permis de vivre le moment de la naissance avec autant de bonheur. Depuis la naissance de ma fille, j'ai repris graduellement le rythme des activités sportives que je pratiquais avant la grossesse et mes douleurs sont redescendues au minimum. Je

garde donc le cap et reste convaincue qu'il s'agit de la recette gagnante pour gérer ma maladie.

APPROCHE INTÉGRÉE OU GLOBALE

Attention, je ne dis pas ici que l'approche pharmacologique est inutile ou inefficace. Je crois qu'elle est essentielle, particulièrement lors des rechutes. C'est un coup de pouce dont on a besoin pour reprendre le contrôle. Je considère toutefois que cette approche est insuffisante pour un réel contrôle, à long terme, des douleurs chroniques. En regard de ma propre expérience, j'estime que c'est l'approche globale ou intégrée qui doit être privilégiée. Celle-ci inclut :

- l'approche pharmaceutique ;
- un suivi psychologique ou une psychothérapie orientée vers les techniques de la gestion de la douleur (comprendre la douleur, reconnaître à quel moment elle est le plus susceptible de se manifester, savoir l'appréhender pour en diminuer l'impact) ;
- les médecines douces (ex. : l'acupuncture, l'ostéopathie, etc.) ;
- **l'alimentation ;**
- **l'activité physique.**

ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE, UN DUO PUISSANT

Une alimentation saine et la pratique d'une activité physique régulière, rien de nouveau sous soleil dira-t-on. Effectivement, tout le monde sait depuis fort longtemps que ce duo est puissant, notamment pour vivre une longue vie en santé. Pourtant et spécifiquement dans le cas des maladies causant des douleurs chroniques, la prescription de l'un ou l'autre ne semble pas aller de soi. En ce qui me concerne, on m'a bien fait part d'une diète comprenant certains aliments que je devrais éviter, mais sans plus. On ne m'a jamais proposé de consulter

une nutritionniste et surtout, on ne m'a *jamais* proposé de pratiquer une activité physique quotidienne. C'est grâce aux valeurs que mes parents m'ont transmises et par ma propre volonté que j'ai pu tester les effets du sport sur mes douleurs.

J'ai pu constater, par exemple, que lors d'une crise de douleurs, le simple fait de nager ou courir pendant une vingtaine de minutes m'offrait une fenêtre d'au moins 4 heures sans douleur. Cela, bien sûr, sans compter les effets psychologiques qui en découlent ; on se sent plus fort, plus en contrôle et donc moins déprimés par la maladie. À long terme, les effets positifs sont encore plus importants car le corps se retrouve dans une meilleure condition générale et donc plus apte à affronter les douleurs quand elles se présentent.

Mais attention, les séances quotidiennes ou hebdomadaires d'activité physique devraient être respectées au même titre que la prise de médicaments. Elles doivent faire partie du traitement pour qu'on puisse en mesurer les bienfaits. Je pratique donc :

- la course de fond (marche rapide pendant et après la grossesse) ;
- le yoga (plus spécifiquement le yoga Moshka, pratiqué dans une salle chauffée entre 38 et 42°C ;
- la natation (particulièrement durant la grossesse).

Je crois sincèrement que je ne pourrais pas gérer ma maladie sans le sport, accompagné, bien sûr, de tous les éléments de l'approche intégrée cités plus haut. C'est pour cette raison que l'activité physique, adaptée à la condition des patients, devrait être prescrite d'emblée !

VOLONTÉ INDIVIDUELLE ET SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

En conclusion de mon témoignage, j'aimerais tout de même indiquer qu'il faut une bonne dose de courage et de volonté car ce n'est pas tous les jours facile de maintenir une discipline

sportive, particulièrement lorsqu'on se retrouve au plus bas ; quelques fois, mettre un pied devant l'autre est un exploit en soi ! À d'autres moments, on va tout simplement mieux donc on diminue le rythme en se disant que ça y est, on est guéri... C'est dans ces situations que le soutien de notre entourage personnel et médical est important. Car c'est aussi un travail d'équipe, croyez-moi. Par exemple, je sais que je ne serais pas devant vous aujourd'hui sans l'aide de mon mari, mes parents, mes frères, mes amis, mon médecin, mon psychologue, mon acupuncteur et j'en passe. Mais surtout, je n'aurais pu réaliser ce petit miracle nommé Charlotte.

Je terminerai en vous demandant à vous, professionnels de la santé, de dire une chose très importante à vos patients : « Vous irez mieux ! » Cette petite phrase peut faire bien des miracles, particulièrement si elle est intégrée dans un réel programme de prise en charge de la douleur.

Un chaos et une paire d'espadrilles

JOSÉE LAMBERT-CHAN

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer. Le discours médiatique est omniprésent à ce sujet et la littérature est tout aussi abondante. Malgré le fait qu'on parle beaucoup de la nécessité de faire de l'exercice, le discours tenu dans le domaine de l'oncologie semble parfois ambigu quant à l'exercice physique. On est plus enclin à parler de repos. Toutefois, une patiente qui bouge avant de recevoir un diagnostic de cancer du sein peut demeurer en mouvement pendant et après l'ensemble de la thérapie. D'ailleurs, la meilleure manière pour moi de gérer l'année chaotique que je viens de vivre a certainement été de faire le choix de chausser mes espadrilles le plus souvent possible pour m'éloigner, à chaque pas, des effets secondaires de cette chimiothérapie qui a complètement aliéné mon corps pendant des mois.

En août 2012, après une mammographie de dépistage et de nombreux autres examens médicaux, comme des milliers d'autres femmes, j'ai reçu un diagnostic de cancer du sein. En fait, je l'ai appris en lisant le contenu de la requête que j'avais entre les mains avant d'entrer dans la salle de résonance magnétique. Moment de fracture, s'il en est un. Je n'avais pas

d'histoire médicale. J'étais en pleine forme. Je m'entraînais avec mes collègues afin de participer à un événement sportif à la fin du mois de septembre. Brusquement, après avoir lu les mots « cancer du sein », le sablier a basculé et, du coup, mon agenda s'est complètement effacé. Le temps n'avait plus la même durée. L'impression d'invincibilité, lorsque tout va si bien, venait de céder la place à la vulnérabilité.

Quoi dire, comment le dire à ma famille, à mes amis, à mes collègues? Je venais d'entrer de plein fouet dans un monde pour initiés où tout m'était étranger: un langage avec ses codes, ses sous-entendus, ses mots savants, ses demi-vérités. Et des manières de faire en plus d'un protocole de recherche avec une taxonomie d'effets secondaires dont je ne soupçonnais pas encore l'ampleur. On ne me parlait qu'avec des statistiques. Stigmatisée par le discours médical, je n'avais plus de repères.

Comment allais-je m'en sortir: tumorectomie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie... Comment allais-je ajuster mes voiles pour traverser cette vague sans me laisser chavirer par la pression sociale de performance associée au « combat à livrer »? Comment allais-je résister au discours « rose » sans couler dans la banalisation par le déni? Comment allais-je me libérer du fardeau posé par le diagnostic? Pourquoi je laisserais le mot *cancer* complètement bousiller ma vie? Comme le disait Barbara Brenner dans le documentaire de Léa Pool, *L'industrie du ruban rose*: « J'ai autre chose à faire que de m'inquiéter ». J'ai donc décidé de chausser mes espadrilles encore plus souvent qu'*avant*. Pour moi, c'est l'an zéro, ce que certains nomment « *the cancer year* ». À partir de maintenant, je parlerais de ma vie *avant* et de ma vie *après*.

Depuis quatre ans, je m'entraîne régulièrement. L'activité physique, combinée à des choix alimentaires appropriés, me permet de prendre soin de mon corps, de garder l'équilibre et de cultiver une façon de bien vieillir. Élémentaire, peut-

être... En attente de la chirurgie, j'ai décidé de fréquenter plus souvent le centre d'entraînement et de marcher à l'extérieur sur une distance de plus de dix kilomètres, au moins une fois par semaine. Il devenait impératif de me sentir vivante, de contrôler les efforts, d'améliorer la musculation des muscles pectoraux, d'augmenter ma vitesse et les distances parcourues à la course et à la marche. En fait, je voulais être prête physiquement pour le jour de la chirurgie et pour la récupération qui s'en suivrait. Si ma vie avait été jusqu'alors réglée au quart de tour, j'avais désormais l'impression d'être complètement saisie par ce qui m'arrivait.

Compte tenu de tous ces bouleversements, j'aspirais aussi à calmer ma tempête intérieure. Pour ce faire, je me suis inscrite à des ateliers de Qi Gong. Le travail sur le souffle et l'apprentissage de la lenteur m'ont permis de retrouver une certaine tranquillité d'esprit. Il est difficile d'être présent à soi dans la vitesse. La lenteur m'a aidée à relâcher les tensions physiques. C'est d'ailleurs dans la lenteur, dans l'écoute de la respiration, que j'ai compris ce que voulait dire « me déposer » et « ne plus être en combat ». Autrement dit, apprendre à créer un espace en soi afin de retrouver la tranquillité et une forme d'harmonie. La veille de ma chirurgie, j'ai couru cinq kilomètres. Le matin même, j'ai répété une routine de Qi Gong. Il s'agissait, pour moi, de demeurer calme et complètement détendue.

Le fait d'être en forme m'a permis de récupérer facilement de la chirurgie. J'ai fait les exercices suggérés dans le document explicatif remis aux patientes lors du bilan préopératoire et après le contrôle postopératoire, j'ai repris l'entraînement de façon modérée. Il m'apparaissait important de maintenir le niveau de ma condition physique avant de commencer la chimiothérapie. Bien que j'aie assisté à la rencontre préparatoire à la chimiothérapie, il n'y a rien eu d'explicite sur l'activité physique pendant les traitements. Ulérieurement, j'ai

posé des questions à l'équipe soignante, sans obtenir de réponses claires, même à ce jour.

À la fin du mois de janvier 2013, j'ai reçu le premier traitement de chimiothérapie. Je suis entrée en salle de traitement, bien déterminée à passer au travers du calendrier proposé. Trois jours plus tard, et ce pour la première fois de ma vie, j'ai senti la douleur s'installer dans les os de mes jambes, de mon bassin et de mes bras. Cette douleur prenait possession de mon corps et j'en perdais le contrôle. Je croyais connaître mon corps, mais soudainement, il me devenait complètement étranger. D'heure en heure, j'avais l'impression que le mal s'amplifiait et me fouettait. Je n'arrivais plus à trouver le sommeil, tant la douleur était présente. Je vivais les effets secondaires de cette thérapie accablante, censée réduire la probabilité d'une récurrence.

Malgré l'intensité de cette douleur, qui s'est étendue sur une période d'environ deux semaines, j'allais marcher chaque jour, accompagnée par mon mari parce que trop affaiblie pour prendre le risque d'y aller seule, peu importe la température. En marchant, même lentement, j'avais la sensation que le mal diminuait temporairement. Le fait de m'activer me redonnait de l'énergie. Dès que je devenais immobile, la douleur reprenait le dessus. Dans la semaine suivant chaque traitement, on aurait dit que mon énergie me désertait. Je me sentais complètement anéantie. Les ateliers de Qi Gong m'ont vraiment aidée à retrouver une certaine vitalité, d'un traitement à un autre. Inspirés du Dao Yin, les exercices proposés se pratiquaient en grande partie au sol et en travail assis. Malgré le déploiement des gestes dans la lenteur et le silence, faire les exercices en position debout me demandait trop d'effort.

En mars, j'ai reçu le troisième traitement. Après huit jours consécutifs de fièvre, je n'en pouvais plus. J'étais essoufflée au point d'avoir de la difficulté à parler. En dépit de ma volonté de tenir, j'étais exténuée. Il aura fallu que je signale mon état

à trois reprises avant que l'équipe soignante en oncologie me réfère en clinique de pneumologie. Après consultation, recherche et examens, le pneumologue a diagnostiqué une pneumonie interstitielle. Une malheureuse combinaison d'effets secondaires non prévus avait réduit ma capacité respiratoire au repos à 57 %.

J'étais la valeur aberrante que personne n'attendait. À ce stade, une pause de traitement était nécessaire ainsi qu'une modification de la médication. La chimiothérapie était en train de me rendre réellement malade alors que j'étais en bonne santé... *avant*. Les effets secondaires des trois derniers traitements auront été tout aussi difficiles à supporter. Cependant, grâce au retrait de certaines composantes de la médication, je n'avais plus de douleur dans les os. Voilà qui a grandement facilité mon retour au centre d'activités physiques, à la mi-juin. J'ai repris l'entraînement à petites doses d'abord, et régulièrement par la suite. À partir de mes lectures, j'ai fait mon propre plan d'entraînement pour la course et me suis rendue plus loin que l'année dernière, à pareille date, malgré une descente vertigineuse où, pour un instant, j'ai cru ne plus être en mesure de remonter. En dépit de tout, je n'ai jamais cessé de marcher.

J'ai terminé la chimiothérapie depuis onze semaines. Au moment où j'écris ces lignes, je reçois des traitements de radiothérapie. Au plan médical, je suis et je demeurerai un « cas de cancer avec antécédent », puisque ma mère, maintenant âgée de 82 ans, a également eu un cancer du sein à 55 ans. Je vis avec les traces d'un ennemi invisible : encore chauve, une cicatrice au sein gauche, une cicatrice à l'aisselle gauche, repères tatoués sur mon corps pour la radiothérapie, fatigue, brouillard cérébral, problèmes de dyspnée à l'expiration, rhinite, neuropathies périphériques à la plante des pieds et aux orteils et picotements au bout des doigts. J'ai encore besoin d'une médication pour dormir. Il y exactement un an,

je n'avais rien de tout cela. J'avais une vie sans histoire médicale. Lors de mon dernier contrôle, l'infirmière m'a répété que tout était « normal » et, de façon on ne peut plus expéditive, elle m'a récité la liste des effets secondaires de l'hormonothérapie sans vraiment se préoccuper de ce que je pouvais ressentir. Quant à l'oncologue, il m'a tout simplement dit qu'on attendait les prochains symptômes.

Et moi dans tout cela? Ma vie continue. Je marche et je cours! Je retrouve mon corps, peu à peu. En septembre, je joindrai l'étude de la Dre Catherine Sabiston de l'Université McGill¹. J'ai besoin d'une communauté de recherche qui s'intéresse aux bienfaits de l'activité physique chez les femmes ayant, entre autres, subi toutes les phases d'une thérapie aussi intrusive que celle que je viens de traverser.

À ce jour, mon point d'ancrage aura été marqué par ma détermination à bouger, malgré la douleur induite par la médication et malgré le discours ambigu de l'équipe soignante à propos de l'activité physique. Je crois profondément aux bienfaits du sport puisque c'est en chaussant mes espadrilles que j'ai apprivoisé ce chaos.

1. Titre du projet de recherche: L'impact de l'activité physique sur la santé physique et mentale chez les survivantes du cancer du sein au cours du temps. http://hbe.mcgill.ca/la_vie_apres.htm

La responsabilisation du patient : un défi pour tous

LOUISE O'DONNELL-JASMIN

Qui seriez-vous si, du jour au lendemain, sans avertissement, vous deveniez invalide ? Qui seriez-vous sans votre travail ? Qui seriez-vous sans revenu, sans statut, invalidé par la douleur, amorti par les médicaments ? Et surtout, que feriez-vous devant la dévastation de votre vie comme vous la connaissiez, devant l'incrédulité des médecins face à votre condition, somme toute invisible ? Comment peut-on se relever d'une situation où nous sommes dans un état des plus vulnérables et faibles ? Comment peut-on en plus devenir un patient responsable ? Il n'y a pas de réponses toutes faites. Il nous faut les trouver en apprenant à les formuler avec beaucoup d'amour et de patience pour nous-même, et si nous sommes bien entourés, avec l'amour des nôtres. De plus, il faut les modeler selon le moment, avec le temps, avec l'aide que nous allons chercher, avec les défis à surmonter, les deuils à faire et notre vie à redéfinir. Surtout, il faut accomplir la traversée de ce désert dans notre vie, il faut franchir des étapes, aucune d'elles n'ayant de place dans notre agenda.

La responsabilisation du patient est à la fois très personnelle et un défi qui peut être partagé par tous ceux qui gravitent autour du patient. Laisser le patient à lui-même devant cette responsabilisation est une grave erreur. Chacun peut y contribuer. Toutefois, le patient doit y participer de plein gré. C'est par sa volonté qu'on arrive à gagner du terrain sur la douleur. Je sais maintenant que le processus de responsabilisation est plus aisé si le patient et son entourage n'ont pas encouragé la « déresponsabilisation ».

Mon témoignage tient compte des plus difficiles années de ma vie, mais aussi des plus belles : celles où, je peux maintenant l'affirmer hors de tout doute, j'ai gagné face à la douleur chronique. J'ai été blessée par un dentiste lors d'une anesthésie locale, un bloc nerveux près de la branche mandibulaire du nerf trijumeau. Douleur neuropathique débilite, tel était le diagnostic après des années d'errance dans le système de santé.

Pendant les années où j'ai été la plus invalidée par la douleur, j'ai essayé de sauver tout ce qui pouvait l'être : ma vie de famille, ma vie de couple, mon travail, mes amis, et finalement, préserver l'espoir. Je n'ai pas gagné sur toute la ligne. J'ai dû faire mon deuil de mon travail d'éditrice. J'ai fait tout ce que j'ai pu pour les miens. Je n'étais pas en grande forme, j'étais parfois en crise, hospitalisée et toujours en douleur. Je savais qu'ils devaient vivre leur vie, leurs joies comme leurs défaites. J'étais là pour eux, de mon fils qui n'avait que huit ans à mes trois filles adolescentes et tout ce qu'être une maman de quatre enfants implique au quotidien. La maladie n'immunise personne des difficultés de la vie. Par contre, j'étais si malheureuse à l'idée que mes enfants aient été privés de la mère intégrale que j'aurais pu être pendant tellement d'années.

J'étais aux premières loges de la désintégration de la vie telle que je la connaissais, après avoir essayé de tout sauver,

puis d'au moins sauver l'essentiel. S'ajoutaient à cette réalité déjà difficile la non-reconnaissance de la maladie, le non-traitement de la douleur, la non-existence de ma condition, une maladie qui n'avait pas de nom. Devoir composer avec la perte de mon image de moi et l'effort de la reconstruire a longtemps été bien au-dessus de mes forces.

J'en suis arrivée au point mort de ma vie, où le fait de vivre signifiait osciller entre divers états de lucidité et entre divers états douloureux. Mon conjoint m'avait avoué que ses rêves étaient éteints, qu'il se voyait pousser mon fauteuil roulant le reste de ma vie. Mon retrait de la vie active et des activités de la famille s'est lentement pointé : arrêter de bouger pour éviter les crises de douleur, la plus grande erreur qu'on m'ait recommandée.

J'ignorais qu'il existait d'autres traitements pour la douleur que les médicaments. Je croyais que, délivrée de la douleur, ma vie repartirait sur les chapeaux de roue, comme avant. J'ai fait du butinage médical et paramédical dans une recherche désespérée de solutions et je quittais les bureaux démunie, découragée et souvent dans un bien pire état après des traitements qui relèvent plus de la torture qu'autre chose. J'ai finalement accepté de « dormir pendant des années » pour laisser mon système nerveux guérir. J'ai gelé mes émotions, tout comme les personnes de mon entourage. Ma seule raison de vivre était de continuer à les aimer.

Un jour, assise au fond du salon, j'ai été frappée par la constatation que mes deux filles aînées avaient lentement pris ma place au sein de la famille. Je me sentais de moins en moins utile, à tort, mais tout de même. Et un déclic s'est fait. Ç'en était trop. Je devais reprendre ma place dans la famille. L'état dans lequel j'étais devenait mon état normal. Il fallait que je vive ma vie. C'est en m'adressant à ma famille, en leur disant de ne plus me traiter comme une « malade », de me laisser faire tout ce que je voulais faire même s'ils avaient peur que

je fasse une nouvelle crise de douleur, que j'ai commencé le long apprentissage de ma responsabilisation face à la maladie. J'avais enfin trouvé un lieu où ma vie était possible. Ma vie avait été pendant quatre longues années une prison de douleur. C'était assez.

J'ai regardé ce qu'il restait de ma vie et j'ai décidé d'en profiter. J'ai pu constater ce que la douleur avait changé autour de moi et en moi. Plutôt, j'ai constaté toute la place que j'avais laissée à la douleur, et comment je l'ai laissé prendre toute la place dans ma vie.

J'ai commencé à réfléchir à ce qui me rendait heureuse. J'ai commencé à reprendre le contrôle sur ma vie par la pensée, le monologue intérieur, les images qui m'enchantaient et les rêves que je n'avais jamais vraiment abandonnés. Je misais sur les bonnes journées et les bonnes idées. Je me disais : « Demain ou un autre jour, ça ira mieux. Je ne sais pas comment, mais je vais m'en sortir ! »

J'ai appris à me faire plaisir, à m'entourer de beauté et à prendre le temps de faire ce que je n'avais plus le temps de faire dans ma vie d'avant. J'ai vu un nouveau spécialiste qui a pris ma condition en main, et qui, en me voyant entrer dans son bureau, épuisée par la route, m'a dit d'emblée : « Je te crois. Veux-tu une tasse de thé ? » L'écoute, l'empathie, la foi en moi et en ma force, le sevrage des médicaments qui m'invalidaient et ne me soulageaient pas et une nouvelle médication ont tous joué un rôle. Quelques mois plus tard, je lui faisais une promesse : je ne savais pas où commencer ni comment faire, mais j'allais aider les autres patients atteints de douleur chronique.

Avec ma nouvelle lucidité et mon nouvel équilibre, j'ai recommencé à prendre des marches, quelques minutes à la fois. J'ai même sorti mon vieux vélo du garage, au grand dam de mes proches. Un tour de pâté de maisons à la fois, mon corps réapprendrait que bouger n'égalait pas douleur. J'ai réappris à bouger, à composer avec la peur de bouger. Je me suis rendu

compte que ma forme physique était presque à zéro. J'ai appris à réinterpréter la douleur, à ne plus la laisser prendre toute la place dans ma tête et à ne plus laisser la peur de la douleur contrôler ma vie. J'ai réappris à nommer mon état ou mes sensations physiques sans le mot douleur : les mots venaient à ma rescousse. Avec le recul, ma plus grande erreur aurait été de ne pas croire en moi, en ma capacité de trouver des solutions, en ma persévérance et ma résilience, de ne pas me responsabiliser et me donner des outils face à la douleur chronique.

J'ai recommencé une vie avec ce que j'étais encore capable de faire et non plus avec ce que je n'étais plus capable de faire. J'ai regardé ma vie avec lucidité, j'ai réalisé les chances et les privilèges dont je bénéficiais. J'ai commencé à considérer la maladie comme une opportunité de réinventer ma vie. J'ai appris à gérer la tristesse, le deuil et les pertes. J'ai investi beaucoup de temps à soigner mon âme de ses nombreux traumatismes, me disant que si mon mental était fort et sain, mon corps ne pouvait que suivre le courant. Je me suis ouverte à d'autres manières de gérer la douleur : l'auto suggestion, l'auto hypnose, la visualisation, le rêve éveillé et la pensée positive.

Et j'ai tenu ma promesse : je suis devenue une ambassadrice de la douleur par le biais de l'Association québécoise de la douleur chronique et la Coalition canadienne de la douleur. J'ai participé à des entrevues et à différents documentaires dans les médias.

Le tournant de ma responsabilisation a été de m'éduquer sur la douleur. Par contre, j'ai aussi découvert le manque de ressources écrites fiables. L'éditrice en moi a pris le dessus : il fallait écrire un ouvrage de référence sur la douleur chronique. C'était un moment-clé. Avec une collègue de l'AQDC, un tout petit projet est devenu un ouvrage de 400 pages¹ où 50 professionnels

1. *Faire équipe face à la douleur chronique*, Les Productions Odon inc., Laval, 2010, 400 pages.

de la santé et des patients ont contribué à créer un outil éducatif sur la douleur chronique.

J'avais tenu ma promesse envers les autres. Je devais aussi tenir les promesses que je m'étais faites : je retrouverais une forme physique qui me permettrait d'aller au bout de tout ce que je pouvais faire. Ma responsabilité ne s'arrêtait pas à me refaire une vie et à aller mieux. Je voulais guérir. Je voulais être libre. Je voulais retrouver toute ma force.

En 2009, après 9 années de douleur chronique, je savais que j'allais mieux. Avec mon médecin, j'ai décidé d'arrêter la médication. Ce fut un douloureux sevrage pendant des mois. En 2010, j'ai finalement réalisé mon rêve : rouler en vélo le long de la côte Atlantique de la France, plus de 1000 km.

Plus qu'un défi physique, j'avais relevé le défi de croire au pouvoir de mon esprit. Ma vision s'est modifiée quand j'ai changé d'attitude et quand j'ai accepté d'être aidée, surtout, quand j'ai accepté que j'étais responsable. Responsable de collaborer avec les professionnels de la santé, de suivre leurs conseils, de discuter avec eux, de prendre ma santé en main. Le mouvement, autant physique que psychologique, et la pensée positive et régénératrice ont été autant de moteurs de changement.

J'avais repris le contrôle sur ma dérive, repris la direction de ma vie personnelle, de ma vie de famille, de ma vie de couple et de mon image de moi. J'ai, avec le temps et une infinie patience pour moi-même, trouvé les stratégies qui étaient bonnes pour moi. J'ai géré la peur d'avoir mal, la peur du futur et de la mort. J'ai appris qu'il y a de ces choses que personne ne pouvait faire pour moi. Je devais y participer. J'ai continué à tendre la main et à tenir ma promesse. Et j'ai guéri. Complètement.

Du tour de pâté de maisons en vieux vélo et à pied, j'ai fini par réaliser mon rêve le plus fou : voyager dans le monde en vélo. Récemment, la traversée des Pyrénées en vélo, un voyage

de plus de 1500 km, m'a démontré que j'étais, finalement, revenue à moi-même.

Je comprends maintenant que le patient doit continuer à effectuer tout ce qu'il peut encore faire, soit dans son travail, à la maison ou dans ses activités de loisir ou de sport. Son entourage ne doit pas le traiter comme une victime ou un malade, mais comme une personne qui, pour l'instant, a des capacités différentes. En plus de se savoir atteint d'une maladie et de faire l'expérience d'un si grand bouleversement, se sentir invalide, incapable de prendre soin de soi, en état de dépendance physique et émotive, inutile et sans repères par rapport à la vie « avant la maladie » est assurément un chemin qui ne mène qu'au désespoir, et ce, pour tous. La responsabilisation du patient doit faire partie des objectifs de soins. La motivation à se responsabiliser passe par le patient, mais aussi par ses proches et par tous les professionnels de la santé qui graviteront autour de lui. Chacun peut y contribuer. La solidarité face à l'adversité et notre force en tant que groupe sont les bases d'une dynamique qui peut parfois sauver des vies. La mienne, en l'occurrence, a été sauvée.

L'activité physique et le cancer

CATHERINE M. SABISTON
ET STEVE AMIREAULT

Chaque semaine, près de 450 Canadiennes reçoivent un diagnostic de cancer du sein¹. Heureusement, l'efficacité croissante des techniques de dépistage et de traitements du cancer du sein se traduit en une amélioration de l'état de santé des patientes². D'ailleurs, le taux de survie à 5 ans des femmes atteintes du cancer du sein est supérieur à 88 %¹. Toutefois, les procédures chirurgicales et les traitements adjuvants (ex. : la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie) de la maladie engendrent souvent des effets secondaires nuisibles pour la santé physique et mentale des patientes³⁻⁶. L'un des symptômes les plus souvent rapportés par celles-ci est la douleur. On estime qu'environ 30-60 % des survivantes au cancer du sein continueront de ressentir de la douleur à un niveau suffisamment élevé pour affecter leur qualité de vie après le traitement^{7, 8}. Par conséquent, le traitement de la douleur chez les survivantes au cancer du sein nécessite l'action concertée du milieu scientifique et clinique.

La proportion élevée de femmes qui ressentent de la douleur après un diagnostic de cancer est un fait préoccupant. La

douleur peut nuire significativement à leur santé et à la réalisation de leurs activités quotidiennes, et ce, même après la cessation du traitement⁹. De plus, les survivantes au cancer du sein qui éprouvent de la douleur rapportent être plus souvent d'humeur négative¹⁰ et présentent des taux plus élevés de dépression¹¹. Par conséquent, la douleur engendrée par la maladie peut nuire à la qualité de vie des survivantes au cancer du sein au-delà de la période de traitement. Bien que de récentes études s'intéressent à cette problématique, l'impact de la douleur sur les comportements de santé demeure méconnu. Nous proposons que la douleur est significativement reliée à la pratique de l'activité physique et aux comportements sédentaires chez les femmes survivantes au cancer du sein.

DOULEUR, ACTIVITÉ PHYSIQUE ET COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

Les estimations actuelles révèlent qu'entre 50 à 80 % des survivantes au cancer du sein ne pratiquent pas assez d'activité physique pour atteindre le niveau recommandé (c.-à-d., le cumul d'au moins 150 minutes d'activité physique d'une intensité modérée ou élevée par semaine¹²). De plus, les comportements sédentaires (tous comportements adoptés lorsqu'en position assise ou couchée qui engendrent une faible dépense énergétique¹³) représentent un facteur de risque pour la santé qui est indépendant d'une faible pratique de l'activité physique¹⁴. La sédentarité a été associée à des indicateurs d'adiposité, de comorbidités et des indicateurs de santé mentale chez les survivants au cancer du côlon et du sein^{15,16}. Les chercheurs ont donc proposé un nouveau programme de recherche pour examiner de manière spécifique les comportements sédentaires chez les survivants au cancer¹⁵. Cela est nécessaire puisque les survivantes au cancer du sein consacrent 66 à 79 % de leur journée à des activités sédentaires^{17,18}.

La douleur peut réduire la force, la vitalité, la tolérance à certaines activités et la mobilité¹⁹, ce qui peut limiter l'habileté des femmes à participer à des activités physiques. Donc, les survivantes au cancer du sein qui ressentent de la douleur peuvent éviter ou abandonner la pratique d'activité physique parce qu'elles ont peur d'accentuer leur douleur lors de l'effort physique. Ainsi, l'objectif de ce rapport de recherche consiste à examiner les associations entre la douleur, l'activité physique et les comportements sédentaires chez des survivantes au cancer du sein ayant complété leur traitement.

Après avoir obtenu l'approbation éthique de l'Université McGill, du centre universitaire de santé McGill et de l'hôpital Royal Victoria, 199 survivantes au cancer du sein ont été recrutées. Les participantes ont répondu à une annonce publicitaire ou ont été recommandées par leur médecin oncologue. Les femmes étaient éligibles à participer à l'étude si elles étaient âgées de 18 ans et plus, si elles étaient à moins de 20 semaines de la fin de leur traitement principal pour leur premier diagnostic de cancer du sein et si elles ne présentaient pas de problèmes de santé les empêchant de pratiquer des activités physiques. Les volontaires étaient invitées à remplir un questionnaire mesurant le nombre de symptômes de douleur ressentis pendant neuf jours sur une période de six mois suivant la fin de leur traitement pour le cancer du sein. Elles devaient également porter un accéléromètre pendant 21 jours afin de mesurer l'activité physique et les comportements sédentaires. Cent soixante-dix-sept femmes (89 % de l'échantillon de départ) ont fourni des données complètes au cours des six mois de l'étude.

Les participantes étaient âgées de 28 à 79 ans (moyenne = 54,9 ans) et 84,7 % ont rapporté être caucasiennes. Un peu plus de la moitié des femmes détenaient un diplôme universitaire (52,5 %) et près des deux tiers (62,7 %) étaient mariées ou en union de fait. Une majorité de femmes a été diagnostiquée

avec un cancer du sein de stade I ou II (81,9 %) et a été diagnostiquée 10,6 mois, en moyenne, avant le début de l'étude. De plus, leurs traitements avaient été complétés 3,5 mois, en moyenne, avant le début de l'étude. Les traitements reçus incluaient la tumorectomie (60,5 %), la mastectomie simple (27,1 %) et double (15,8 %), la chimiothérapie (63,3 %), la radiothérapie (90,4 %) et l'hormonothérapie (52,5 %).

Les participantes ont porté un accéléromètre de type GT3X (Actigraph, Pensacola, Floride) pendant trois semaines non consécutives sur une période de six mois. Le respect du port de l'accéléromètre au cours de cette période était excellent (nombre de jours médian où l'accéléromètre a été porté = 7 jours; étendu = 4 à 7 jours). La durée quotidienne de la pratique d'activités sédentaires variait entre 475,52 à 821,87 minutes. La moyenne était de 645,59 minutes, ce qui équivaut à 77,9 % du temps d'éveil. La durée quotidienne de la pratique d'activités physiques d'intensité faible variait entre 58,98 à 426,06 minutes; la durée moyenne était de 168,91 minutes par jours ou 10,1 % du temps d'éveil. La durée quotidienne de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à élevée variait entre 0,10 à 67,61 minutes. La durée moyenne était de 16,3 minutes, ce qui correspondait à 1,96 % du temps d'éveil. Un peu plus de 24 % des femmes étaient suffisamment actives pour atteindre la marque recommandée des 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée.

Les participantes ont rapporté la présence ou non de douleurs physiques pendant neuf journées non consécutives sur une période de 6 mois. Ces douleurs étaient: douleur à l'estomac, maux de dos, douleur aux articulations, douleur lors des relations sexuelles, maux de tête et douleur à la poitrine. Plusieurs études ont révélé que ces douleurs étaient parmi les plus prévalentes chez les survivantes au cancer du sein^{20, 21}. Ces douleurs ont été tirées du «Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire» (PRIME MD²²).

Le nombre de douleurs ressenties au cours d'une journée était sensiblement stable au cours des 9 journées de mesure. Le nombre moyen de douleurs ressenties était de 1,14 et variait de 0 à 4,3 par jour.

Les résultats des analyses montrent qu'un nombre plus élevé de douleurs physiques était associé à un niveau de comportements sédentaires plus élevé ($r = 0,15$) et à un niveau significativement plus faible d'activité physique d'intensité modérée à élevée ($r = -0,10$). Il n'y avait pas d'association entre le nombre de douleurs physiques et la pratique d'activité physique de faible intensité. Enfin, en contrôlant pour l'effet de l'âge, le stade du cancer et le poids corporel, les femmes présentant un nombre de douleurs physiques plus élevé étaient 64 % moins susceptibles d'atteindre la marque des 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée que les femmes rapportant aucune ou peu de douleur physique.

De façon générale, les résultats confirment nos hypothèses : la douleur est inversement associée à la pratique de l'activité physique et la douleur est directement associée à l'adoption de comportements sédentaires. La relation inverse entre la douleur et la pratique de l'activité physique observée dans cette étude a également été observée chez des patients souffrant de maux de dos²³. Ce résultat est inquiétant puisque l'activité physique est reconnue pour générer de nombreux bienfaits sur la santé des survivantes au cancer du sein^{24, 25}. Il y a deux explications possibles pour les résultats obtenus. Premièrement, l'habileté des femmes à participer à des activités physiques peut être réduite par la douleur ressentie. De fait, les résultats de travaux de recherche antérieurs suggèrent que la douleur pourrait être considérée comme une barrière à la pratique de l'activité physique²⁰. Deuxièmement, les femmes peuvent avoir peur que l'activité physique accentue leur douleur ou cause des blessures et de nouveaux problèmes de santé. Selon le modèle d'évitement de la peur^{26, 27} [Traduction libre

de « fear avoidance model »], les individus peuvent interpréter leur douleur comme une menace. Ainsi, par crainte d'accentuer leur douleur, les survivantes au cancer du sein peuvent éviter ou abandonner la pratique de l'activité physique. Les résultats d'études réalisées auprès de patients souffrant de maux de dos et de problèmes musculosquelettiques appuient le fait que la peur d'accentuer la douleur peut mener à l'adoption de comportements d'évitement^{27, 28}. En somme, la peur de bouger (ou la peur du mouvement) peut expliquer la présence d'une association négative entre la douleur et l'activité physique de même qu'une association positive entre la douleur et les comportements sédentaires.

Il est important de souligner qu'éviter ou abandonner la pratique de l'activité physique lorsque la douleur est présente n'est pas recommandé. Alors qu'une légère diminution de la pratique d'activité physique ou l'adaptation du programme d'exercices peut s'avérer nécessaire chez certains individus, éviter complètement ou abandonner la pratique de l'activité physique peut être délétère pour la santé. L'activité physique peut prévenir ou minimiser les problèmes courants de santé mentale durant la période de survie du cancer²⁵. Également, la sédentarité est susceptible d'engendrer une diminution de la condition physique (ex. : diminution de la capacité cardiovasculaire, atrophie musculaire, perte de force musculaire et diminution de la flexibilité) ce qui peut contribuer à accentuer le nombre ou l'intensité des douleurs physiques ressenties. Par conséquent, il est important de sensibiliser les survivantes au cancer du sein au fait que l'activité physique est sécuritaire et que ses bénéfices dépassent largement les risques encourus. Il est important qu'elles ne diminuent pas de façon marquée leur pratique d'activité physique à la présence de douleurs. L'expression « on a rien sans peine » [traduction de « No Pain, No Gain »] est certainement à déconseiller. Néanmoins, un programme d'activité physique adapté en fonction des symp-

tômes et de l'intensité des douleurs ressenties peut être suggéré afin de soulager la douleur et d'améliorer la santé mentale des femmes survivantes au cancer du sein.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier toutes les participantes pour le temps qu'elles ont consacré à l'étude. Nous aimerions aussi souligner le travail et le dévouement de Sylvie Moisan M.A., gestionnaire de projet. Cette recherche est financée par les IRSC.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Canadian Cancer Society (2010). General cancer statistics for 2010.
2. Jemal A, Bray F, Center MM *et al.* Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
3. Arman M, Rehnsfeldt A. The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. *Qual Health Res* 2003; 13: 510-527.
4. Sabiston CM, Vallance J, Brunet J. Physical Activity and Cancer Survivorship. In James Rippe [Editor] *Handbook of Lifestyle Medicine 2013*; pp. 419-504. Boca Raton, FLA: CRC.
5. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL *et al.* Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003; 104: 1-13.
6. Sullivan M, Thibault P, Savard A *et al.* Pain and Function. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 361-380): Springer, New York, 2007.
7. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J *et al.* Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *J Am Med Ass* 2009; 302: 1985-1992.
8. Mantyh PW. Cancer pain and its impact on diagnosis, survival and quality of life. *Nat Rev Neurosci* 2006; 7: 797-809.
9. Grossman SA, Nesbit SA. Cancer Pain. In: Ettinger D. S., ed. *Supportive Care in Cancer Therapy*. Totowa, NJ: Humana Press; 2009: 33, 46.
10. Badr H, Basen-Engquist K, Taylor CLC *et al.* Mood states associated with transitory physical symptoms among breast and ovarian cancer survivors. *J Behav Med* 2006; 29: 461-475.
11. Sabiston CM, Brunet J, Burke S. Pain, Movement, and Mind: Does Physical Activity Mediate the Relationship between Pain and Mental Health among Breast Cancer Survivors? *Clinical Journal of Pain* 2012; 28: 489-495.

12. Schmitz KH *et al.* American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42: 1409-1426.
13. Sedentary Behavior Research Network Letter to the Editor: Standardized use of the terms «sedentary» and «sedentary behaviors». *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 542: 540-542.
14. Owen N. Sedentary behavior: understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Prev Med* 2012; 55: 535-539.
15. Lynch BM, Dunstan DW, Vallance JK, Owen N. Don't take cancer sitting down: A new survivorship research agenda. *Cancer* 2013; 119: 1928-1935.
16. Lynch BM. Sedentary behavior and cancer: a systematic review of the literature and proposed biological mechanisms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent* 2010; 19: 2691-2709.
17. Lynch BM, Dunstan DW, Healy GN *et al.* Objectively measured physical activity and sedentary time of breast cancer survivors, and associations with adiposity: findings from NHANES (2003-2006). *Cancer Causes Control* 2010; 21, 283-288.
18. Sabiston CM, Brunet J, Vallance JK, Meterissian S. (Under Review). Prospective examination of objectively-assessed physical activity and sedentary time after breast cancer treatment: *Sitting on the crest of the teachable moment.*
19. Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 29-37.
20. Courneya KS, Friedenreich CM. Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: A literature review. *Ann Behav Med* 1999; 21: 171-179.
40. Hanna LR, Frist Avila P, Meteer JD *et al.* The effects of a comprehensive exercise program on physical function, fatigue, and mood in patients with various types of cancer. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35: 461-470.
22. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K *et al.* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study. *J Am Med Ass* 1994; 272: 1749-1756.
23. Spenkelink CD, Hutten MM, Hermens JJ *et al.* Assessment of activities of daily living with an ambulatory monitoring system: a comparative study with patients with chronic low back pain and nonsymptomatic controls. *Clin Rehabil* 2002; 16: 16-26.
24. Courneya KS, Mackey JR, Jones LW. Coping with cancer: Can exercise help? *Phys Sportsmed* 2000; 28: 49-59.

25. Sabiston CM, Brunet J. Reviewing the benefits of physical activity during cancer survivorship. *Am J Lifestyle Med* 2011, Doi: 10.1177/1559827611407023.
26. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85: 317-332.
27. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG *et al*. Fear of movement/(re)injury in low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995; 62: 363-372.
28. Leeuw M, Goosens ME, Linton SJ *et al*. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30: 77-94.

Les collaborateurs

Anne-Françoise ALLAZ, Professeur, Service de médecine interne de réhabilitation-Beau-Séjour, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Steve AMIREAULT, Stagiaire postdoctoral, Faculté de kinésiologie et de l'éducation physique, Université de Toronto

Pierre BEAULIEU, Professeur agrégé, Départements de pharmacologie et d'anesthésiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Paul CASTONGUAY, Physiothérapeute, Fellow Canadian Academy of Manipulative Therapy, Membre du c.a. de la Société québécoise de la douleur, Montréal

Jean-Christophe DAVIET, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Dupuytren, Université de Limoges, France

Mary-Ann FITZCHARLES, Professeure agrégée, Département de rhumatologie, Université McGill, Montréal

Cynthia FLEURY, Philosophe – Psychanalyste, Professeur à l'American University of Paris, Chercheur au laboratoire CERSP du Muséum-CNRS, Paris, France

Marie-Josée GOBEL, Ergothérapeute, Coordinatrice clinique, Programme d'expertise de réadaptation en douleur chronique, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Annie JAIMES, Étudiante au doctorat, Département de psychologie, UQAM, Montréal et Associée de recherche dans l'Équipe de

recherche et d'intervention transculturelle (ERIT), CSSS de la Montagne, Montréal

Danik LAFOND, Professeur adjoint, Directeur – Clinique de kinésio-
logie, Département de kinésiologie, Université de Montréal

Émilie LAGUEUX, Ergothérapeute, Candidate au doctorat en
sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Centre de recherche
clinique Étienne-Le Bel du CHUS, Sherbrooke

Josée LAMBERT-CHAN, Directrice, Mesure et évaluation, Brisson
Legris, Révélateurs de potentiels, Montréal

Stéphanie LANGIS, Candidate au doctorat en management, HEC
Montréal

Martine LEBLANC, M.Sc. Sciences de l'activité physique, Travail
Postural LeBlanc enr. (Flexy Forme), Trois-Rivières

Nicolas MOREAU, Professeur adjoint, Faculté des sciences sociales,
École de service social, Université d'Ottawa, Ottawa

Louise O'DONNELL-JASMIN, B. Éd.; Éditrice, Les Productions
Odon inc., Laval, Québec

Catherine PLANTE, Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences
sociales, École de service social, Université d'Ottawa

Catherine M. SABISTON, Professeure associée, Faculté de kinésio-
logie et de l'éducation physique, Université de Toronto

Jean-Yves SALLE, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Dupuytren,
Université de Limoges, France

Peter A. STE-MARIE, Université McGill, Montréal, Québec

Yannick TOUSIGNANT-LAFLAMME, Professeur adjoint, École
de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Éric TRONCY, Professeur titulaire, Faculté de médecine vétérinaire
de l'Université de Montréal, St-Hyacinthe, Directeur du Groupe de
recherche en pharmacologie animale du Québec (GREPAQ)

Pascale VERGNE-SALLE, Professeure des Universités - Praticien
Hospitalier, Service de Rhumatologie, CHU Dupuytren, Université
de Limoges, France

Table des matières

Introduction	7
<i>Pierre Beaulieu</i>	
ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DOULEUR	
Bases physiologiques de l'activité physique	13
<i>Danik Lafond</i>	
Bienfaits de l'activité physique : études expérimentales	17
<i>Eric Troncy</i>	
Bénéfices de l'activité physique : accent sur la douleur chronique	27
<i>Pierre Beaulieu</i>	
Activité physique et réadaptation fonctionnelle	33
<i>Jean-Yves Salle, Jean-Christophe Daviet, Pascale Vergne-Salle</i>	
PRISE EN CHARGE PHYSIQUE DU PATIENT	
Rôle du physiothérapeute	41
<i>Paul Castonguay</i>	
Rôle de l'ergothérapeute	53
<i>Marie-Josée Gobeil</i>	
Activité physique et lombalgies	59
<i>Yannick Tousignant-Laflamme</i>	

Fibromyalgie: recommandations canadiennes	67
<i>Mary-Ann Fitzcharles et Peter A. Ste-Marie</i>	
Intégrer l'activité physique pour une gestion optimale de la fibromyalgie	73
<i>Émilie Lagueux</i>	

IMAGE DU CORPS CHEZ LE PATIENT QUI SOUFFRE DE DOULEUR CHRONIQUE

Image du corps chez les patients qui souffrent de douleur chronique: aspects psychosomatiques	85
<i>Anne-Françoise Allaz</i>	
Corps, douleur et psychanalyse	93
<i>Cynthia Fleury</i>	
Le corps à l'épreuve du sport: entre douleur et souffrance	107
<i>Nicolas Moreau, Annie Jaimes, Catherine Plante</i>	

LES PATIENTS EN MOUVEMENT: TÉMOIGNAGES

Comprendre l'influence des gestes quotidiens pour en faire le prolongement des interventions en matière de prescription d'exercices	119
<i>Martine LeBlanc</i>	
Stéphanie préfère la course	127
<i>Stéphanie Langis</i>	
Un chaos et une paire d'espadrilles	135
<i>Josée Lambert-Chan</i>	
La responsabilisation du patient: un défi pour tous	141
<i>Louise O'Donnell-Jasmin</i>	
L'activité physique et le cancer	149
<i>Catherine M. Sabiston et Steve Amireault</i>	
Les collaborateurs	159

LA DOULEUR EN MOUVEMENT

Tour à tour symptôme, syndrome ou maladie, la douleur chronique reste un phénomène encore mal élucidé et trop souvent difficile à soulager. On ne parle donc pas d'une douleur mais plutôt *de* douleurs, non pas d'une stratégie mais bien *de* stratégies de prise en charge.

Actuellement, on ne fait encore que peu de place à des disciplines comme la physiothérapie, l'ergothérapie ou la kinésiologie pour soigner ou contrer la douleur chronique. Ces trois disciplines font toutes appel au mouvement, et c'est dans cette optique que les auteurs ont choisi de traiter de la douleur. Ils présentent la prise en charge de la douleur chronique dans la pratique d'une activité physique régulière encadrée par des professionnels de la santé. En parallèle aux témoignages qui illustrent le rôle destructeur de la douleur, on aborde avec espoir les diverses avenues envisagées par les patients et les professionnels de la santé pour y remédier.

AVEC LES TEXTES DE :

Anne-Françoise Allaz • Steve Amireault • Pierre Beaulieu
Paul Castonguay • Jean-Christophe Daviet
Mary-Ann Fitzcharles • Cynthia Fleury • Marie-Josée Gobeil
Annie Jaimes • Danik Lafond • Émilie Lagueux
Josée Lambert-Chan • Stéphanie Langis • Martine LeBlanc
Nicolas Moreau • Louise O'Donnell-Jasmin • Catherine Plante
Catherine M. Sabiston • Jean-Yves Salle • Peter A. Ste-Marie
Yannick Tousignant-Laflamme • Éric Troncy
Pascale Vergne-Salle

24,95 \$ • 22 €

Illustration : ©carakterdesign / iStockphoto

Disponible en version numérique

www.pum.umontreal.ca

isbn 978-2-7606-3274-5

